



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Faculdade de Educação

Raquel Trindade Andrade

**A Relação entre Trabalho e Educação na Formação Profissional: um
estudo sobre a residência multiprofissional em saúde**

Rio de Janeiro

2015

Raquel Trindade Andrade

**A Relação entre Trabalho e Educação na Formação Profissional: um estudo sobre
as residências multiprofissionais em saúde**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa Interdisciplinar de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.^a Dra. Marise Nogueira Ramos

Rio de Janeiro

2015

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

A553 Andrade, Raquel Trindade.
A Relação entre Trabalho e Educação na Formação Profissional: um estudo sobre a residência multiprofissional em saúde / Raquel Trindade Andrade. – 2015.
180 f.

Orientador: Marise Nogueira Ramos.
Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação.

1. Educação – Teses. 2. Trabalho – Teses. 3. Formação profissional – Teses. 4. Pessoal de Saúde - Teses. 5. Internato não Médico - Teses. I. Ramos, Marise Nogueira. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação. III. Título.

es CDU 378::616

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

Assinatura

Data

Raquel Trindade Andrade

**A Relação entre Trabalho e Educação na Formação Profissional: um estudo sobre
as residências multiprofissionais em saúde**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa Interdisciplinar de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovado em 16 de abril de 2014.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Marise N. Ramos (Orientadora)
Programa de Políticas Públicas e Formação Humana – UERJ

Prof. Dr. Gaudêncio Frigotto
Programa de Políticas Públicas e Formação Humana – UERJ

Prof.^a Dra. Mônica Vieira
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2015

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a minha família, em especial a minha mãe, Eunice, que apesar de todas as limitações impostas em seu contexto de vida, soube apoiar e me acolher nesse percurso de dedicação e nos momentos de preocupação e reclusão.

Agradeço igualmente ao meu companheiro das horas certas e incertas, amigo e esposo, Rafael, pela compreensão, carinho e imensa paciência.

Agradeço ainda a minha orientadora, Marise N. Ramos, por acreditar neste trabalho, por oferecer suporte e autonomia nesse caminho de descoberta do objeto de pesquisa e de minha autodescoberta neste percurso. Afinal, cada sonho realizado é um percurso de inteireza na contracorrente dessa vida partida e desigual.

Meus agradecimentos também aos professores Gaudêncio Frigotto e Mônica Vieira pelas importantes colocações e sugestões nos momentos da qualificação e defesa.

Agradeço ao Programa de Políticas Públicas e Formação Humana por me possibilitar alcançar bases filosóficas e epistemológicas mais sólidas que me propiciaram um maior amadurecimento na forma de sistematização do conhecimento. Agradeço também aos colegas de turma, em especial a Elizete Morião pela atenção prestada nos momentos de dúvida.

E, por fim, agradeço a todos os residentes entrevistados que tão gentilmente me concederam as entrevistas mesmo nas poucas horas vagas de um cotidiano tão ocupado pela formação profissional.

RESUMO

ANDRADE, Raquel Trindade. **A Relação entre Trabalho e Educação na Formação Profissional:** um estudo sobre as residências multiprofissionais em saúde. 2015. 180 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Programa Interdisciplinar de Pós Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, UERJ, Rio de Janeiro, 2015.

A presente dissertação tem como objeto as residências multiprofissionais em saúde, uma modalidade de formação profissional em nível de pós-graduação lato sensu, que se caracteriza segundo as legislações pertinentes como treinamento em serviço em unidades de saúde. O objetivo geral desse estudo se volta para analisar como se constitui os referenciais epistemológicos e ético-políticos que orientam a residência multiprofissional em saúde, de modo a desvelar a relação teoria-prática nesse modelo de formação sob o olhar dos residentes. Além da análise de documentos, a metodologia da pesquisa empírica consistiu na análise dos resultados obtidos com as entrevistas junto aos residentes. Entrevistamos doze residentes participantes do Fórum Nacional de Residentes Multiprofissionais em Saúde (FNRMS), de diferentes regiões do Brasil. A pesquisa aponta para a conformação de um mosaico teórico e empírico nessa modalidade de formação que se traduz no caráter academicista, resultando em uma concepção fragmentária da relação teoria-prática e no distanciamento entre a academia e os serviços de saúde. Aponta, ainda, para a existência do pragmatismo, revelado pelo trabalho no seu sentido pedagógico, na lógica do aprender fazendo, característico dessa formação. Consideramos, por fim, que a residência assume características do trabalho alienado com particularidades do contexto atual da política de saúde e que questão central é a ausência do sentido da práxis nos programas em que se inserem os residentes entrevistados.

Palavras-chave: Trabalho. Educação. Formação Profissional em Saúde. Residência Multiprofissional.

ABSTRACT

ANDRADE, Raquel Trinity. **The Correlation between Work and Education in Professional Education**: a study of the multidisciplinary residences in health. 2015. 180 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Programa Interdisciplinar de Pós Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, UERJ, Rio de Janeiro, 2015.

This work has as object the multidisciplinary residences in health, a form of vocational training at the level of sensu post-graduation, which is characterized according to the relevant laws as in-service training in health facilities. The overall objective of this study turns to analyze how is the epistemological frameworks and ethical-political guiding the multidisciplinary residency in health, in order to reveal the relationship between theory and practice in this training model under the gaze of residents. In addition to document review, the methodology of empirical research consisted in analyzing the results obtained from the interviews with residents. With twelve residents participating in the National multidisciplinary Residents Health Forum (FNRMS), from different regions of Brazil. The research points to the formation of a theoretical and empirical mosaic in this mode of education that translates into academic character, resulting in a fragmentary view of the theory-practice relationship and the gap between academia and health services. Also points out to the existence of pragmatism, revealed by the work in its pedagogical sense, the logic of learning by doing, characteristic of such training. We believe, finally, that the residence assumes characteristics of alienated labor with peculiarities of the current context of health policy and that the central issue is the absence of the sense of praxis in the programs they are part of the interviewed residents.

Keywords: Work. Education. Vocational Training in Health. Multidisciplinary Residency.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente comunitário de saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
BM	Banco Mundial
CNRHM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde
DEGERTS	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho na Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DHR	Departamento de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FNRMS	Fórum Nacional de Residentes Multiprofissionais em Saúde
FNTP	Fórum Nacional de Tutores e Preceptores
IES	Instituição de Ensino Superior
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PIM	Portaria Interministerial
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PRO	Saúde Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROFAE	Programa de Profissionalização dos Profissionais da Área de Enfermagem
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde

SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação no SUS
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNA SUS	Universidade Aberta do SUS

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	10
1	A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NA CONSTRUÇÃO DO SUS.....	19
1.1	A Disputa por Hegemonia na Formação Profissional.....	19
1.2	O Movimento da Reforma Sanitária e a Perspectiva Gerencialista no SUS.....	26
1.3	A Residência Multiprofissional em Saúde.....	49
2	A CONCEPÇÃO PEDAGÓGICA ORIENTADORA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: UM MOSAICO TEÓRICO E EMPÍRICO?.....	81
2.1	A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: conceitos estruturantes.....	81
2.2	O princípio Educativo do Trabalho na Saúde: entre a concepção histórico-crítica e o pragmatismo.....	96
3	A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NA VISÃO DOS RESIDENTES ENTREVISTADOS.....	115
3.1	Notas sobre Procedimentos Metodológicos.....	115
3.2	A Relação entre Interdisciplinaridade e Integralidade na Prática dos Profissionais de Saúde: algumas problematizações.....	119
3.3	A Análise das Concepções dos Residentes à Luz das Categorias... ..	139
3.3.1	<u>A Concepção de Formação Profissional.....</u>	140
3.3.1.1	<u>Concepção de Projeto Político Pedagógico (PPP).....</u>	140
3.3.1.2	<u>A Finalidade da Formação.....</u>	143
3.3.1.3	<u>A Concepção de Saúde.....</u>	145
3.3.1.4	<u>Síntese da Análise da Categoria Concepção de Formação Profissional.....</u>	148
3.3.2	<u>A Concepção da Relação Teoria-Prática.....</u>	152
3.3.2.1	<u>Os Conteúdos Teóricos.....</u>	152
3.3.2.2	<u>Os Conteúdos Práticos.....</u>	153
3.3.2.3	<u>Relação Teoria-Prática nos Programas.....</u>	154

3.3.2.4	<u>Concepção de Conhecimento e Validação do Conhecimento - Critério de Verdade</u>	155
3.3.2.5	<u>A Concepção de Prática e de Experiência</u>	157
3.3.2.6	<u>A Formação Política</u>	158
3.3.2.7	<u>Síntese da análise da categoria concepção de relação teoria-prática</u>	159
3.3.3	<u>O Sentido do Trabalho na Residência</u>	162
3.3.3.1	<u>Síntese da Análise da Categoria o Sentido do Trabalho na Residência</u> .	165
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	167
	REFERENCIAS	172
	APÊNDICE A - Questionário de entrevista semi-estruturada	179

INTRODUÇÃO

O objeto da dissertação que ora se apresenta são as residências multiprofissionais em saúde, uma modalidade de formação profissional em nível de pós-graduação lato sensu, que se caracteriza segundo as legislações pertinentes como treinamento em serviço em unidades de saúde. Desenvolvem-se por meio de atividades denominadas práticas, teóricas e teórico-práticas, com duração de 60 horas semanais.

Atualmente, os Ministérios da Educação e da Saúde disponibilizaram para a residência multiprofissional em saúde 2.875 bolsas em 2014, segundo fala do atual Ministro da Saúde no Congresso da Rede Unida no mesmo ano, Esse número era de apenas 499 em 2010. Com relação aos números de programas implementados em unidade de saúde, somam-se 969, sendo apenas 71 na região Norte, 205 no Nordeste, 119 no Centro Oeste, 372 no Sudeste e 202 na região Sul^{1 2} (informação verbal).

A trajetória das residências multiprofissionais tem sido marcada pela discussão em torno da formação pelo trabalho como metodologia educacional de formar um perfil profissional condizente com as necessidades do SUS, e pela mobilização e organização de residentes em torno principalmente da garantia e ampliação de direitos, tanto os da formação quanto os trabalhistas.

Quanto à produção documental a respeito dessa temática, observamos uma relativa ausência de documentos governamentais que definam com clareza a perspectiva pedagógica dessa modalidade, tal como pode ser encontrado em outros programas de formação implementados pelo atual governo, inclusive destinados ao ensino superior e de pós-graduação.

Com relação às produções acadêmicas, como nos aponta uma pesquisa exploratória ainda inicial de Ceccim e Dallegrave (2013) no período compreendido entre 1987 a 2011, são em sua maioria recentes e vem enfocando temáticas como: a

¹ Esses dados foram encontrados por meio das falas de representantes da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde durante o V Encontro de Residências em Saúde do Estado do Rio de Janeiro, ocorrido em agosto de 2014.

² Não foi possível encontrar nos documentos oficiais dos Ministérios um panorama mais completo acerca da distribuição das vagas de residência que pudesse responder com mais clareza qual perfil a quem estão sendo destinado esse financiamento.

formação voltada para a saúde da família; as formas de avaliação do residente; realizando uma avaliação positiva a respeito da metodologia de formar pelo trabalho; temas acerca do potencial pedagógico embutido na residência; a formação para o SUS e formação de determinado perfil de competências.

Este estudo se diferencia da maioria dos textos que temos analisado sobre a temática, pois partiremos da compreensão que a residência como formação profissional se insere no âmbito das práticas sociais, e por assim ser, está relacionada com as formas de produção da existência humana que são produzidas historicamente. Diante disso, requer explicitar como que no modo de produção capitalista a ciência se converte em potencia material no processo de produção de mercadorias, de maneira geral, e nos serviços de saúde, em particular (LIMA; PEREIRA, 2009).

Para tanto, partiremos do referencial teórico-metodológico do materialismo histórico dialético, que tem no trabalho como princípio educativo a base para toda e qualquer formação humana e a práxis como sua permanente busca e constituição. Como salienta Ramos (2014a), a filosofia da práxis pode orientar filosófica, epistemológica e pedagogicamente um projeto ético-político de formação de trabalhadores na saúde. Em síntese, a autora nos diz que, do ponto de vista filosófico, a filosofia da práxis nos leva a compreender o homem como um ser histórico-social, cuja essência se desenvolve nas relações com o mundo objetivo e com os outros homens, moldando o processo de produção da existência humana. Em decorrência da construção social do homem, a práxis pode ser um referencial epistemológico e pedagógico.

Epistemologicamente, ou seja, do ponto de vista da teoria do conhecimento, o método histórico-dialético compreende a realidade na sua constituição histórica e suas contradições, o que possibilita compreender as mediações fundamentais que configuram a realidade na sua concretude. Sobre a compreensão do real, afirma Ramos:

O real não é fruto das ideias dos homens, o que faria com que se pudesse inventá-lo ou modificá-lo idealisticamente; nem é produzido por determinações externas a ele, o que o tornaria imutável, a despeito das ações humanas. Ao contrário, o pensamento histórico-dialético entende a realidade material e social como síntese de múltiplas determinações históricas, construídas pelos próprios homens na luta pela produção de sua existência. O real, portanto, é uma

construção histórica e social e, assim, pode ser transformado pelos próprios homens, conforme a direção que se pretenda dar à humanidade. (RAMOS, 2014a: 208).

A filosofia da práxis proporciona uma referencia pedagógica cuja síntese encontramos na pedagogia histórico-crítica. Esse referencial tem a categoria modo de produção como fundamento e sentido da educação. Seu pressuposto é que “mudanças das formas de produção da existência humana foram gerando historicamente novas formas de educação, as quais, por sua vez, exercem influxo sobre o processo de transformação do modo de produção correspondente” (SAVIANI, 2005 apud RAMOS, 2014a).

Desse modo, a concepção que se tem acerca da realidade vai orientar os conteúdos e o método da pedagogia, que na pedagogia histórico-crítica estará voltada para os interesses das classes dominadas com vistas à transformação social. Isto requer pensar de que modo a formação profissional pode estar direcionada aos interesses dos trabalhadores enquanto sujeitos de práticas sociais.

Nessa perspectiva, os residentes são trabalhadores do SUS que estão inseridos em um programa de formação, cujo caráter formativo se insere nos referenciais epistemológicos e ético-políticos que historicamente têm influenciado a formação profissional na saúde e que guardam particular relação com as formas de produzir saúde nessa sociedade.

O interesse pela temática aqui desenvolvida se deve pela vivência enquanto residente em um hospital universitário nos anos de 2010 e 2011, o que resultou em uma monografia de conclusão de residência e de conclusão da especialização em Serviço Social e Saúde da Faculdade de Serviço Social da UERJ, na qual se enfatizou a residência em áreas profissionais de saúde naquela unidade.

A vivência enquanto residente despertou a necessidade de compreender os parâmetros norteadores dessa formação profissional, já que era comum entre os residentes de algumas áreas a percepção de que serviam como mão de obra barata, uma vez que ocupavam o lugar da carência de profissionais na unidade, o que acarretava perdas para a formação. Essa experiência foi potencializada pela possibilidade de participação tanto nos espaços deliberativos dos programas em áreas de saúde na unidade quanto na mobilização e organização dos residentes por mais

direitos. A partir da reflexão acerca das palavras de ordem “formar no SUS para o SUS”, comum no movimento de residentes, surgiu a necessidade de pesquisar a respeito da articulação entre teoria e prática na residência.

Assim sendo, o objetivo geral desse estudo se volta para analisar os referenciais epistemológicos e ético-políticos que orientam a residência multiprofissional em saúde, mediante o desvelamento de como se constitui a relação teoria-prática nesse modelo de formação profissional sob o olhar dos residentes. Para o desenvolvimento da pesquisa, partimos da problemática que a residência multiprofissional em saúde se constitui como um mosaico teórico e empírico, pois é herança do caráter tecnicista da formação médica, advindo do modelo flexneriano³, adaptando-o, principalmente nos anos 2000, ao formato multidisciplinar em função da necessidade de formar um profissional voltado para a atenção primária em saúde. Ou seja, a residência multiprofissional se volta para a formação de modelos de atenção que se propõem alternativos ao hegemônico biomédico, centrado na doença e de caráter hospitalocêntrico, mas mantém, ao menos em termos organizacionais, uma estrutura formativa muito semelhante à médica traduzida na residência.

Como desdobramento, percebemos no decorrer deste estudo, que é fundamental analisar se em razão da herança do modelo flexneriano⁴ de formação médica, há um predomínio da fragmentação entre teoria e prática na residência. Ademais, em função da centralidade da dimensão prática do trabalho profissional nesta formação, bem como em função do atual contexto em que se inserem novas correntes pedagógicas no campo da formação profissional em saúde, cabe analisar se a residência realiza uma formação de viés pragmatista ou se esse pensamento é predominante nessa formação.

³ Segundo Paim (2010), o paradigma flexneriano é a base para a forma em que foi implantado o ensino e a prática da medicina tal como hoje a encontramos. O relatório de Flexner resultou no processo de cientificismo, positivismo, elitismo e hierarquização da medicina. A consolidação da medicina científica se estabeleceu no sistema médico do capital monopolista, que se institucionalizou hegemonicamente por meio da ligação orgânica entre o capital, as universidades e a corporação médica.

⁴ Segundo Paim (2010), o paradigma flexneriano é a base para a forma em que foi implantado o ensino e a prática da medicina tal como hoje a encontramos. O relatório de Flexner resultou no processo de cientificismo, positivismo, elitismo e hierarquização da medicina. A consolidação da medicina científica se estabeleceu no sistema médico do capital monopolista, que se institucionalizou hegemonicamente por meio da ligação orgânica entre o capital, as universidades e a corporação médica.

A perspectiva pragmática na formação no campo da saúde se mostra como outra problemática que apresentaremos. Observaremos que o pragmatismo prevê uma superação da fragmentação sujeito-objeto, mas o faz diferentemente do que se apregou no Movimento de Reforma Sanitária com relação à formação profissional. Isto porque o pragmatismo concebe que a validade do conhecimento é a sua eficácia ou utilidade e desse modo a formação tende a preservar dimensões próprias do trabalho utilitário. Assim, essa prática não se apresenta como estruturante de um pensar que se conceba de modo crítico no sentido da práxis. Em síntese, essa perspectiva tende a difundir nos sujeitos profissionais uma sociabilidade adaptativa à realidade social.

Diante disto, indagamos de que modo programas como a residência multiprofissional se inserem na historicidade da formação profissional dos trabalhadores especializados, ou do trabalho complexo, no sentido de perpetuar ou de contrapor o papel assumido pelo intelectual orgânico, na direção da sua atuação na organização ético-política da classe dominante, ou do que definiu Gramsci como consentimento ativo dos subalternos da estrutura social. Em outras palavras, faz-se necessário investigar que concepções do campo da saúde, da formação e das políticas públicas são difundidas por esses programas. Ou ainda, que relações essas concepções possuem com o modo de sociabilidade hegemônico.

Para ser desenvolvida tal problemática, este trabalho foi organizado em três capítulos, nos quais, em linhas gerais, partimos da análise da política de saúde, sua relação com a particularidade da residência e, por fim, nos voltamos para a singularidade do grupo de residentes entrevistados. Neste último ponto, assumimos como metodologia o recorte do olhar dos residentes sobre a temática pesquisada pelas razões que são apresentadas no terceiro capítulo.

No primeiro capítulo, introduzimos a discussão acerca do caráter ético-político da formação profissional no que tange ao papel do trabalhador especializado no modo de produção e reprodução da sociedade capitalista. Consideramos importante apresentarmos essa discussão ainda que de forma sucinta para delimitarmos o referencial teórico-metodológico do qual partimos e sua concepção a respeito da formação profissional de modo geral e voltado para o trabalho complexo em particular.

Desenvolvemos também nesse capítulo o estudo acerca da Reforma Sanitária a partir do desafio para a superação do modelo biomédico e a perspectiva gerencialista no SUS que se faz mais presente a partir da década de 1990. Abordaremos essas temáticas com base principalmente nos estudos de Lima (2010) apontando aqui um breve resumo dos aspectos que consideramos mais importantes acerca dessa temática para a pesquisa sobre a Residência Multiprofissional em Saúde. Nosso recorte epistemológico enfoca os aspectos acerca das transformações das diretrizes políticas no campo da saúde que se repercutiram mais especificamente na formação profissional dos trabalhadores da área ao longo do período compreendido entre a década de 1980 até os dias atuais.

Por fim, localizamos a residência nessa discussão, articulando com os modelos de atenção à saúde presente no seu surgimento. Abordaremos o processo histórico da residência multiprofissional principalmente a partir de fontes primárias compostas pelas legislações e relatos das organizações políticas envolvidas. A partir desse regaste, apontamos algumas considerações acerca dessa modalidade de formação que nortearam este trabalho.

No segundo capítulo lançamos a questão acerca da concepção pedagógica que orienta a residência multiprofissional. Compreendemos que para analisarmos essa questão era preciso pensar o contexto político pedagógico em que os programas se inserem e quais são as perspectivas e os conceitos estruturantes norteadores da formação profissional a partir do governo Lula, que se inaugura principalmente a partir da constituição da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Compreendemos que a concepção pedagógica da residência multiprofissional não está claramente “dada”, mas se relaciona intrinsecamente com esse contexto. Portanto, foi necessário explorarmos quais são as mediações entre o que aqui chamamos de herança da formação biomédica com os aportes pedagógicos atuais e quais são suas interfaces com o processo de reestruturação produtiva na saúde que se conjuga com o atual cenário de privatização do SUS.

Posteriormente, realizamos um resgate de como se constituiu o princípio educativo do trabalho na saúde, as disputas de concepções que se constituíram historicamente que ainda hoje estão em voga, para então apontarmos diferentes

matizes presentes em um modelo que tem no trabalho profissional especializado o centro da sua proposta de formação. Contudo, antes de iniciarmos essa discussão, consideramos necessário aprofundarmos os conceitos de trabalho como princípio educativo, práxis e pragmatismo, uma vez que esses são conceitos-chaves que norteiam todo o trabalho. Realizamos essa discussão sob o aporte da pedagogia histórico-crítica e para a discussão acerca da filosofia da práxis nos apoiamos principalmente nos estudos de Vásquez (1977).

Finalmente, no terceiro capítulo, nos voltamos para a análise dos resultados obtidos com a pesquisa empírica junto aos residentes. O leitor poderá observar que neste capítulo explicamos os caminhos metodológicos que nos levaram a definir e limitar o recorte da pesquisa. Entrevistamos doze residentes, em sua maioria inserida no segundo ano dessa formação, e participantes do Fórum Nacional de Residentes Multiprofissionais em Saúde (FNRMS). Dentre esses, seis eram envolvidos com o coletivo local desse Fórum - Coletivo Rio de Residentes – enquanto os demais são contatos realizados diretamente por intermédio do FNRMS e são residentes de diferentes regiões do Brasil (Bahia, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Ceará), que em sua maioria também participam de coletivos locais nas regiões que residem⁵.

As entrevistas foram realizadas no intuito de apreender, a partir das considerações dos próprios sujeitos, os referenciais epistemológicos e ético-políticos que orientam a residência multiprofissional em saúde, particularmente pela mediação da relação teoria-prática nesse modelo de formação⁶. Essas concepções de mundo, como nos mostra Gramsci (1995) são o produto do processo histórico de cada sujeito que é conformado em uma determinada realidade síntese de múltiplas mediações e igualmente histórica. Em outras palavras, os sujeitos são produtores e produtos dessa realidade social e nos interessa saber a realidade social nos entrevistados.

⁵ As demais informações acerca do perfil dos entrevistados estão expostas no item referente às notas metodológicas;

⁶ Nesta perspectiva, cabe ressaltar que a pesquisa empírica não se caracteriza pela classificação dos discursos individuais entre aquilo que para nós seria “bom ou mal”. Ou seja, não se trata de um juízo de valor ou moral a respeito dos sujeitos entrevistados, mas sim, da tentativa de analisar as concepções de mundo que as falas revelam com base no referencial teórico-metodológico e por meio da análise de conteúdo.

O objetivo final dessa apreensão deve ser como nos mostra Gramsci (1995), a socialização crítica da análise empreendida para que possam ser transformadas em base de ações vitais, ou seja, na práxis desses sujeitos. É, por esta razão, que afirmamos nosso compromisso tanto com o sigilo dos entrevistados quanto com a socialização desse estudo aos residentes.

Conforme poderemos observar na análise, as mediações captadas não corresponderam completamente ao modo como se constitui o que chamamos de mosaico, mas sim àquelas que se manifestaram na percepção dos residentes acerca da fragmentação da relação entre teoria e prática. Observaremos que essa fragmentação pode ser evidenciada no conjunto de todas as categorias analisadas.

Antes, porém, da análise dos dados empíricos, como desdobramento desta pesquisa apresentamos uma discussão acerca da interdisciplinaridade e sua relação com a concepção de integralidade na dimensão da prática dos profissionais de saúde. Resguardamos essa temática para o terceiro capítulo justamente porque foi uma necessidade suscitada pelas respostas fornecidas pelos residentes entrevistados. Foi então que buscamos compreender a seguinte pergunta: formar em equipe multiprofissional, mesmo na perspectiva interdisciplinar, é suficiente para garantir a integralidade na prática e formação dos profissionais de saúde?

A partir de múltiplas e contraditórias mediações, a pesquisa apontou para a conformação de um mosaico teórico e empírico nessa modalidade de formação que se traduz no caráter academicista, resultando na fragmentação da relação teoria-prática e no distanciamento entre a academia e os serviços de saúde. Apontou, ainda, para a existência do pragmatismo, revelado pelo trabalho no seu sentido pedagógico, na lógica do aprender fazendo, característico dessa formação. Consideramos, por fim, que a questão central é a ausência do sentido da práxis nos programas em que se inserem os residentes entrevistados.

É interessante assinalar que a pesquisa empírica nos revelou outra hipótese não delineada por nós anteriormente, qual seja, de que os residentes se inserem nas tensões provocadas pelas mediações entre a necessidade de eficácia do trabalho e a apreensão de que o “SUS” comporta o sentido da formação profissional. Esse “SUS”, que é traduzido pela defesa da saúde pública e universal e de outros princípios,

tenciona a busca por um conhecimento que se insere na prática social com potencialidades para a realização da práxis. Desse modo, a singularidade do objeto nos revelou que, para além das hipóteses inicialmente pensadas, há uma potencialidade nessa experiência formativa que converge com a experiência política desses residentes.

1 A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NA CONSTRUÇÃO DO SUS

A residência multiprofissional em saúde é uma modalidade de formação que se origina no bojo das mudanças nos modelos de atenção com vista à superação do modelo biomédico. Desse modo, a residência por seu caráter multiprofissional e de inserção prática no SUS vem sendo considerada como uma importante ferramenta na construção do Sistema Único de Saúde. Por essa razão é necessário compreendermos os avanços, limites e contradições que perpassam o processo histórico da saúde e as incorporações possíveis de uma formação que tem no seu centro formativo a dimensão prática do trabalho na saúde.

Sendo assim, nos debruçaremos a seguir sobre o processo histórico de construção dos pressupostos da Reforma Sanitária e como que eles se articulam a construção do SUS e ao avanço da perspectiva gerencialista que assistimos principalmente a partir dos anos 1990. Nessa relação iremos localizar a residência em saúde de um modo geral, e a residência multiprofissional em particular. Compreendendo, então quais são os limites e possibilidades que estão hoje colocados. Para iniciarmos essa discussão resguardamos para o início deste capítulo clarear a nossa perspectiva teórico-metodológica acerca do caráter ético-político da formação profissional, em especial aquela voltada para o trabalho complexo.

1.1 A Disputa por Hegemonia na Formação Profissional

A residência multiprofissional em saúde formam trabalhadores especializados, inseridos no âmbito do trabalho complexo. Por esta razão cabe inicialmente ressaltar o papel deste trabalhador na sociedade e qual peso ético-político tem esse tipo de formação. A formação para o trabalho complexo segue a relação que se estabelece entre a crescente necessidade do trabalho especializado e a divisão internacional do

trabalho. A diversificação e ampliação do trabalho complexo se refletiram em profundas mudanças no ensino superior ao longo de todo século XX.

O trabalho complexo é um conceito inaugurado por Karl Marx no volume I de *O Capital*, acompanhado do conceito trabalho simples. Como recapitula Neves & Pronko (2008) os trabalhos simples e complexos estão presentes em qualquer tipo de sociedade, porém são determinados historicamente, segundo a especificidade de cada formação social concreta e do estágio em que se encontra a divisão social do trabalho. O trabalho complexo é aquele especializado, ou seja, aquele que requer para sua realização um maior tempo de formação. Na sociedade capitalista em que o trabalho abstrato, ou seja, o trabalho humano convertido em valor é parâmetro na relação do valor do trabalho, um dado trabalho complexo, é equivalente a uma multiplicação do valor sobre o trabalho simples.

Nesta relação entre trabalho simples e complexo requer ressaltar, que ambos são determinados histórico-socialmente e essa distinção pode também representar disputas de interesses na conformação do mercado de trabalho e das políticas públicas. Um exemplo disso, como ressalta Ramos (2007), é o trabalho dos agentes comunitários de saúde, que são remunerados como trabalho simples, mas tem um escopo de ação altamente complexo. Nesse sentido, as remunerações do trabalho complexo muitas vezes não seguem essa proporção na relação com o trabalho simples. Na saúde, com o avanço dos processos de privatização e mercantilização, temos observado o trabalho complexo dos trabalhadores sendo remunerado com valor correspondente ao que seria um trabalho simples dentro dos padrões societários.

Se as características que constituem os trabalhos simples e complexo são históricas, sofrem também com as modificações em conformidade com a hierarquização do trabalho coletivo, e com as diferentes composições históricas das classes sociais. Essas alterações são condicionadas pela incessante necessidade do aumento da produtividade do processo de trabalho, em especial da força de trabalho, no capitalismo, e as necessidades referentes à sua reprodução, no que tange aquelas de caráter ético-político voltado para o conformismo e consentimento das classes dominadas.

Assim, ao longo da história, foi se constituindo um processo de diversificação das funções especializadas, que pudesse atender a uma nova cultura urbano-industrial em moldes científicos-tecnológicos. Conforme ressalta as referidas Neves e Pronko (2008), ainda no capitalismo industrial houve uma refuncionalização das instituições de ensino superior, formando assim esse profissional especializado voltado para serem os agentes dessa nova cultura. Esse movimento se aprofundou ainda mais na fase monopolista do capitalismo, com ascensão do fordismo promovendo a generalização de um domínio cada vez mais especializado do conhecimento científico diretamente produtivo por parte do trabalho complexo.

O papel desse trabalhador especializado no processo de reprodução do capital para as autoras, guarda relação com a formação para o trabalho complexo, no capitalismo em sua fase monopolista até os dias de hoje, tem por intuito “a preparação de especialistas que possam aumentar a produtividade do trabalho sob sua direção e, simultaneamente, a formação de intelectuais orgânicos da sociabilidade capitalista” (NEVES; PRONKO, 2008, 27).

A respeito da formação dos intelectuais orgânicos Gramsci (2000a) apresenta este conceito como sendo o intelectual presente nos grupos sociais, originário do terreno de uma função essencial à produção econômica, que tem por finalidade assegurar a homogeneidade e consciência da função do grupo, não apenas no campo econômico, mas também social e político. Isto lhe confere certa capacidade dirigente e técnica, isto é, intelectual⁷.

Porém, ressalta o autor, não significa dizer que há grupos que executariam atividades intelectuais, enquanto que outros ficariam a cargo das atividades manuais. A divisão entre teoria e prática e, portanto, entre trabalho manual e intelectual, é relativa,

⁷ Quanto aos empresários, Gramsci (2000a, p. 15) nos diz que pelo menos uma parte deles “deve possuir a capacidade de organizar a sociedade em geral, em todo o seu complexo organismo de serviços, até o organismo estatal, tendo em vista a necessidade de criar as condições mais favoráveis à expansão da própria classe”. Contudo, conforme observamos em Florestan Fernandes (2006 apud RAMOS 2014), no Brasil em nenhuma das fases do desenvolvimento capitalista, as classes dominantes chegaram a impor a ruptura com a associação dependente em relação ao exterior (ou aos centros hegemônicos da dominação capitalista), ou seja, a capacidade de organizar a sociedade foi realizada de modo subordinada a dominação externa. Desse modo a burguesia nacional também não rompeu com a desagregação completa do antigo regime e de suas sequelas ou, falando-se alternativamente, das formas pré-capitalistas de produção, troca ou circulação; a superação de estados relativos de subdesenvolvimento, inerentes à satelitização imperialista da economia interna e à extrema concentração social e regional resultante da riqueza.

pois não há trabalho manual sem um mínimo de atividade intelectual criadora. Por isso, conclui Gramsci, todos os homens são intelectuais, mas nem todos os homens tem na sociedade a função de intelectuais. Esta função requer pensar determinado grupo social no seio das relações sociais em um determinado modo de produção.

Com o avançar da diversificação e ampliação das especializações, estabeleceu-se uma relação entre a divisão internacional do trabalho, a distribuição dos tipos de escola (e dos graus de ensino) e as diferentes aspirações das várias categorias profissionais destas camadas. Estabeleceu-se assim, uma relação mediatizada, “em diversos graus e por todo o tecido social, pelo conjunto das superestruturas” entre os intelectuais e o mundo da produção. Os intelectuais orgânicos são assim, funcionários do campo da superestrutura, tanto no plano destinado a função de hegemonia, quanto ao de domínio direto, que se expressa no Estado e no governo “jurídico”. A atuação dos intelectuais das classes dominantes se volta para a reprodução do consenso espontâneo e do “aparelho de coerção estatal que assegura a disciplina” (GRAMSCI, 2000a, p. 21).

Gramsci considera, por fim, que a questão principal que se coloca para a criação de uma camada intelectual contra-hegemônica está na apreensão crítica da atividade intelectual-teórica, que possa ir modificando sua relação com a prática, de tal modo que à medida que interfere no mundo físico e social, possa “tornar-se o fundamento de uma nova e integral concepção de mundo”.

Na saúde, a concepção da determinação social do processo saúde-doença, alçada pelo Movimento de Reforma Sanitária, convergia com uma concepção integradora do sujeito, que permitisse uma apreensão teórica crítica integrando a dimensão técnica do trabalho profissional com a dimensão política. Vislumbrava, portanto, o rompimento da visão positivista na saúde, fragmentadora da relação sujeito-objeto. O Movimento concebeu também que a formação profissional na saúde contemplasse o profissional na participação e formulação da política, ou seja, que concebesse esse profissional enquanto dirigente. Isto, por sua vez, converge com a concepção de Gramsci, da fusão do técnico com o político, ou do especialista que possa também se tornar dirigente.

Esta discussão é importante, se pensamos os grupos sociais, e, portanto, também os profissionais, ao nível das correlações de forças. Gramsci (2000b) atenta para os momentos em que os grupos sociais podem compor o conjunto dessas correlações, que correspondem aos diversos momentos da consciência política coletiva. Assim, o primeiro e mais elementar é o momento econômico-corporativo, em que os sujeitos observam uma unidade homogênea que é necessária preservar no grupo profissional, e, portanto, um dever em organizá-la. Mas neste momento não percebe o grupo no seu âmbito social mais amplo. Um segundo momento se percebe esse grupo profissional compondo um grupo social mais amplo, atinge-se a percepção da necessidade de solidariedade para com este. Trata-se, aqui, da busca por uma igualdade político-jurídica com os grupos dominantes, prevendo a participação e reformas necessárias na legislação para o alcance das reivindicações postas. Já o terceiro momento é o que pretende superar os interesses corporativos de caráter meramente econômico do grupo social e se percebe a necessidade de atingir e unificar os interesses de grupos subordinados. Essa é a fase que Gramsci delimita como sendo a mais política, que toma a forma de “partido”. Em que a unicidade econômica e política se integram com a unidade intelectual e moral. Ou ainda, as questões são vistas no plano universal e não meramente corporativo.

Desse modo, Gramsci situa o profissional especializado no âmbito das correlações de forças, âmbito em que se situa a função da perpetuação do consenso ativo das classes dominadas. Ao mesmo tempo, esses profissionais estão situados em relações corporativas que estabelecem entre si ao longo da história e que podem ser superadas visando à unidade ético-política desses grupos com as classes subalternas.

Partindo de outro ângulo, Poulantzas⁸ (1985) analisa o papel desses profissionais dentro do Estado, ou como ele mesmo denomina “o pessoal do Estado”,

⁸ Poulantzas é um autor do campo do marxismo que aborda densamente a relação entre a materialidade dos aparelhos de Estado e o “econômico”. Para Poulantzas (1985) essa relação tem como fundamento as relações de produção e a divisão social do trabalho, que assumem particularidades específicas a partir da instauração do modo de produção capitalista. Desse modo, o autor apresenta outras matrizes presentes na organização material e nas técnicas e exercício de poder.

Em diversos aspectos da análise ou mesmo da chamada teoria relacional do Estado deste autor, é mencionada por ele a contribuição das análises de Foucault. Uma dessas contribuições ressaltadas pelo autor diz respeito ao papel do Estado, que se “traduz na materialidade de suas técnicas de exercício de poder, consubstancial à sua estrutura própria: técnicas que moldam os sujeitos sobre os quais se exerce o poder até mesmo em sua corporeidade” (POULANTZAS, 1985, p. 78).

os quais são os profissionais que trabalham com as políticas públicas de um modo geral. Para alcançarmos a compreensão do autor, iremos antes apresentar seus conceitos-chaves para a então análise desse amplo grupo de profissionais, e que inclui, portanto, os trabalhadores da saúde.

Poulantzas (1985) define a teoria de que o Estado deva ser considerado como uma relação. Uma condensação material de uma relação de forças entre classes e frações de classes, “tal como ele expressa, de maneira sempre específica, no seio do Estado”. Esta luta de classes está em constante desenvolvimento. O Estado assim, não é nem instrumento, nem sujeito completamente autônomo. Ou ainda, as contradições de classe não são exteriores ao Estado, nem as contradições do Estado são exteriores às classes.

Indo mais ao encontro ao ponto a que queremos chegar, a discussão sobre o pessoal do Estado e a reprodução da suposta neutralidade deste último, cabe destacar que a ossatura material das instituições do Estado é resultado das relações do Estado com as relações de produção e a divisão social do trabalho. Isto não se dá de modo mecânico, já que as contradições de classe estão inseridas e constituem essa ossatura, tendo como efeito de seu funcionamento a política de Estado.

Assim, a regulamentação jurídica não produziria a homogeneidade e uniformidade do exercício do poder; há sim uma trama hierárquica burocrática que apresenta centralismo, mas não homogeneidade. Em desdobramento, a política para

Inicialmente cabe delimitar que para Poulantzas (1985, p. 74), diferentemente do que pensou Marx em seu momento histórico, o Estado e a economia possui uma relação de autonomia relativa. O Estado está presente também nas relações de produção, porque tem um papel constitutivo na existência e na reprodução dos poderes de classe, em especial nas lutas de classe. Em síntese, o papel do Estado não seria de inculcar a ideologia dominante, mas de contribuir para fabricar uma organização social baseada na individualidade, “por um conjunto de técnicas de saber (ciência) e de práticas de poder, a que Foucault chamou de disciplinas”, procedimento designado à normatização dos indivíduos, que possibilitaria uma espécie de homogeneidade e individualização.

Diferentemente de Foucault essa individualização constitui a figura material das relações de produção e da divisão social do trabalho nos corpos capitalistas. O individualismo burguês em que Poulantzas delimita por ser a igualdade formal possibilita ao cabo a totalização e fragmentação da sociedade e a, então, proclamação do Estado enquanto unidade da suposta vontade coletiva, que se materializa em sua ossatura institucional. Mas que atua no balizamento do campo de lutas das classes sociais. Outro aspecto interessante é o dispositivo de poder disciplinar que para Foucault permitiria a normalização e a homogeneização dos indivíduos diante da ação do governo, de modo também a serem constituídos por ela. E Poulantzas, concordando com a existência desses dispositivos, ainda que discordando de suas finalidades, vai corroborar com a ideia de que esses dispositivos, essas táticas de poder, produzem um processo de individualização que possibilitou o estabelecimento do Estado como o espaço unificador da vontade coletiva e geral.

Poulantzas é resultante, dentre outros fatores, de: um mecanismo de seletividade estrutural da informação; um trabalho contraditório de decisões, mas também de não decisões por parte dos setores e segmentos do Estado; aparelhos e setores relacionados aos respectivos interesses e um conjunto de medidas pontuais, conflituais e compensatórias “face aos problemas do momento”. Por este motivo, a autonomia relativa do Estado em relação às classes dominantes e suas frações, é uma resultante do que se passa dentro do Estado, e, ao mesmo tempo, é o que faz dele ser o lugar de organização do bloco de poder.

Isto colocado, podemos perceber que a burocracia e o pessoal de Estado não ficam imunes a tal contradição. De tal modo que não há a garantia de um pessoal de Estado unitário em torno de uma mesma vontade política. Pelo contrário, como ressalta Poulantzas, se lida com diferentes perspectivas e interesses, o que ele denomina de “uma multidão de micropolíticas diversificadas”. A compreensão do Estado como condensação material de uma relação de forças permite, então, compreender que o mesmo é permeado de campo e processos de poder que provocariam as constantes reviravoltas observadas na política.

Para o autor, o pessoal do Estado também detém um lugar de classe que se conforma a partir da divisão social do trabalho no seio do próprio arcabouço do Estado. As contradições decorrentes disto se manifestam como divisões no seio do pessoal e aparelho de Estado. O “ser de classe” se manifesta nos modos de cada trabalhador se colocar no âmbito da luta de classe.

A ideologia dominante do Estado neutro⁹, enquanto representante da vontade e interesses gerais, (lembrando que ideologia são práticas), tem por função unificar os trabalhadores do Estado em torno dessa ideia de neutralidade, como se arbitrasse acima das classes ou como se esse “pêndulo” pudesse ser voltado completamente aos mais fracos. A democratização do Estado passaria, então, a ser vista como uma restauração dos seus papéis de árbitros acima das classes ou de uma restauração da função do Estado, e não como uma intervenção popular nos negócios públicos. Traduzir-se-ia na crença de uma justiça acima das classes, a possibilidade da igualdade

⁹ Para esse estudo, cabe ressaltar que ideologia para Poulantzas não são encobrimentos ou dissimulações, mas sim, as próprias práticas. E, corroborando com Gramsci, não haveria uma separação entre o que é repressivo do que é ideológico.

de oportunidades, da administração eficiente e do bem – estar geral. Porém, é importante dizer que há sempre possibilidades de contra-hegemonia no seio do pessoal do Estado.

Assim, conclui o autor que, de modo geral, as reivindicações do pessoal do Estado não ultrapassariam a maior eficácia do próprio papel do Estado, e diante desses limites, esses trabalhadores estariam sujeitos a permanecer na mera reprodução das práticas decorrentes da estrutura do Estado.

Posto isso, cabe-nos por fim destacar, que os profissionais especializados formados pelas residências multiprofissionais são em grande parte reabsorvidos pelos serviços públicos seja de saúde, ou ainda em outras políticas em virtude das dificuldades em face do processo de privatização do SUS. Diante disso, a discussão do Poulantzas acerca da ideologia do estado neutro vem a complementar as relações de reprodução do consenso, de adaptação pragmática, em que podem estar inseridos os profissionais do Estado.

1.2 O Movimento da Reforma Sanitária e a Perspectiva Gerencialista no SUS

A respeito do Movimento de Reforma Sanitária¹⁰, queremos enfatizar a teoria social da saúde (Laurell, 1996 apud Lima, 2010), que foi influenciada pelo o pensamento marxista, que se desenvolveu na segunda metade dos anos 1970 e que se expressou nas proposições do Movimento nos anos 1980. Nesses marcos a saúde foi definida como o resultado das relações sociais que os homens estabelecem em sociedade e destes com a natureza, no processo de produção de sua existência. E, particularmente, como produto das relações que os homens estabelecem com as formas de organização social da produção material, que permitem ou não maior qualidade de vida, acesso à alimentação saudável, à moradia, à educação, ao trabalho, ao lazer, a serviços de saúde, entre outros (LIMA, 2007a). Além do conceito de saúde,

¹⁰ Não são pretensão nem objetivo deste estudo (re) sistematizar as principais análises acerca do processo histórico do Movimento de Reforma Sanitária. Para tal sugerimos a leitura de Scorel (1998), Paim (2008) dentre outros.

outros tantos foram redefinidos expressando o novo entendimento da relação entre saúde e as relações de produção da sociedade. Nesse sentido que são definidos conceitos tais como a determinação social da doença, a historicidade do conceito saúde-doença, o processo de trabalho, o poder médico e a medicalização, e em torno de conceitos estratégicos como a prática política e a consciência sanitária como parte da consciência social, buscando a partir dessa prática uma transformação social (ESCOREL, 1998 apud LIMA, 2010).

A precursora das análises histórico-críticas no campo da saúde foi Cecília Donnangelo no seu livro *Saúde e Sociedade* (DONNANGELO; PEREIRA, 1976) na década de 1970. Em sua análise, a autora discute “o quanto o corpo, enquanto objeto do trabalho em saúde, só se realiza, mesmo como estrutura anatômica e fisiológica, por intermédio das qualificações ou determinações que adquire no plano da existência material e social” (LIMA, 2007a).

No artigo intitulado Bases Histórico-Conceituais para a Compreensão do Trabalho em Saúde, Lima (2007b) partindo da dimensão ontológica¹¹ do trabalho com base em Lukács (1978), aborda a análise de alguns desses autores que se destacam nos estudos que embasam o conceito ampliado de saúde, bem como os demais conceitos acima citados. Desse modo, inicia o autor explicitando que o trabalho em saúde surgiu no próprio processo humano de buscar respostas às suas necessidades de saúde, o que vai gerando uma normatividade em que os homens vão definindo o que é ‘normal’ e ‘patológico’ para a vida social e individual. É baseado nisso, que a reprodução das necessidades de saúde e a constituição do trabalho em saúde “devem ser entendidos em suas conexões com os modos históricos de produção da existência” (LIMA, 2007b, p. 58).

Outro aspecto importante é a constituição social do corpo humano que na sociedade capitalista se funde à função de força de trabalho, e esse corpo o objeto do trabalho em saúde, o que em síntese, gera um elemento contraditório, porque de um lado o capital exerce formas de controle social sobre o uso dessa força de trabalho, portanto sobre as formas de reprodução dessa função social do corpo, e por outro os

¹¹ No segundo capítulo será abordada a dimensão ontológica do trabalho bem como o trabalho como princípio educativo. Tais concepções são centrais para a discussão da relação entre trabalho e educação na perspectiva do materialismo histórico dialético.

trabalhadores vão reivindicando o acesso às condições de saúde e à atenção em saúde enquanto um direito.

Analisando os estudos de Luz (1988) e Mendes (1992) que se debruçaram sobre a racionalidade médica, o referido autor destaca a compreensão a partir desses estudos de que essa racionalidade é uma “parte integrante e produtiva da racionalidade moderna, que se instaura sob o capitalismo, com corpo individual e na disciplina do corpo social” (LIMA, 2007b, p. 58). Essa medicina se constituiu de modo racionalista e foi no seu início profundamente influenciado pelo mecanicismo, se tornando uma racionalidade hegemônica no campo da saúde e que vai se transformar na “estrutura epistemológica do trabalho em saúde, ao mesmo tempo que vai erigindo o corpo individual como seu objeto de trabalho privilegiado, sem deixar de ser uma disciplina social”. Ou seja, a racionalidade que toma o corpo individual como objeto de trabalho mas que versa sobre toda uma normatividade social e que a faz de forma pragmática, se torna a própria natureza do conhecimento científico do trabalho na saúde.

No plano histórico, Lima (2007b) situa que a racionalidade moderna que constitui a ciência desse período não foi apenas uma forma de desvendamento do mundo, “uma forma de decodificação do significado das coisas, mas principalmente de atribuição de ordens de sentidos” (LIMA, 2007, p. 60).

É nessa perspectiva que constituiu primeiramente os trabalhos de Donangelo e posteriormente de outros importantes autores que conceituam o trabalho em saúde como uma prática social e não somente uma prática técnica. Os estudos de Luz (1988) e Mandel (1992) afirmam que as práticas de saúde constituíram de modo fundamental a racionalidade moderna e todo seu modo de conceber o que é saúde e o que é doença dentro do que se constituiu a disciplina do corpo doente individual, ou seja, uma disciplina centrada na doença. Segundo Lima, esses autores mostram que a naturalização sobre o corpo doente produz efeitos sociais que endossam a racionalidade hegemônica na modernidade. Desse modo, “a medicina é uma disciplina do social (ou ciência social), não por ser portadora de um discurso sobre a sociedade como produtora de doenças, mas pelos efeitos sociais do discurso natural sobre o corpo doente”. Diferente da medicina social “é pelo contrário, por produzir um discurso natural sobre uma realidade social (...) através da doença” (LIMA, 2007b, p. 65).

Exposto resumidamente, ao recolocar o trabalho em saúde como uma prática social, esses estudos afirmam a sua relação com a racionalidade moderna, mas não só isso, como também a sua função na manutenção e reprodução da força de trabalho e participação no controle das tensões e antagonismos sociais. Esta análise se diferencia, portanto, daquelas que definem o trabalho em saúde como uma prática técnica neutra que se volta para produção do bem-estar e para a extensão dos serviços de saúde a toda a população.

Desse modo, conforme analisa Lima:

Inicialmente, as práticas de saúde tomam como objeto de trabalho o corpo coletivo investido socialmente, produzido pela medicina social e sistematizado, mais tarde, pela epidemiologia, para, em seguida, subordiná-lo ao corpo individual., produzido pela clínica. A partir de então, ao privilegiar progressivamente a concepção de doença como alteração morfológica e/ou funcional do corpo humano, aliado ao enorme prestígio que as ciências naturais tiveram no seu interior, o trabalho em saúde participa mais diretamente do processo de reprodução das condições para a acumulação de capital, entre as quais, a reprodução da força de trabalho, na medida em que toma o corpo individual como seu objeto de trabalho privilegiado (LIMA, 2007b, p. 92).

Assim sendo, as práticas de saúde fazem parte do processo de produção da vida, e atua sobre esse corpo que é força de trabalho, de modo a normatizar as formas de utilização do corpo e a definir a capacidade física, dessa forma os padrões e limites da saúde humana se traduzem também nas condições materiais necessárias à produção econômica, uma vez que se insere sobre o valor de uso da força de trabalho que não é apenas medido por objetivos tecnicamente definidos. “Dessa forma, essas práticas colaboram para aumentar a produtividade do trabalho ou a produção de mais-valia relativa, dado que a melhoria das condições de saúde do trabalhador contribui para a obtenção de um máximo de produtos em menor tempo de trabalho” (DONNANGELO, 1976 apud LIMA, 2007b).

O fato do trabalho em saúde ter se organizado e desenvolvido nos Hospitais se relaciona com o processo histórico de produção da ciência moderna e de novas tecnologias que vão conformando a estrutura hospitalar como o espaço principal de atuação. Essa análise foi amplamente analisada por Foucault (1981) que neste estudo não aprofundaremos. Contudo, para além do que Foucault denominou como disciplina enquanto tecnologia política no interior dos hospitais, Lima vai transcender sobre as

implicações das mudanças societárias no trabalho em saúde, desde o surgimento do modo taylorista de organização do trabalho no interior dos hospitais no final do século XIX - um período em que a racionalidade da organização do trabalho passa a ser baseada “nas potencialidades que essas ciências demonstram para prolongar a vida humana e na sua capacidade de repor mais rapidamente a mercadoria força de trabalho em circulação, o que as tornam produtivas para o capital” (LIMA, 2007b, p. 93). Esse processo vai resultar na transformação do hospital em uma “máquina de cura”. O autor desenvolve sua análise até o período que se consolida a organização dos hospitais-empresas, que tem o exemplo americano como principal modelo. Essas organizações passam a ser direcionadas pelo conceito de administração científica e racional aplicados aos cuidados e que diante do aumento do fluxo de pacientes passam a ter como objetivo a diminuição do tempo de internação para o aumento da rotatividade na ocupação dos leitos e o aumento dos lucros.

Assim, o trabalho em saúde, como destaca Donnangelo (1976) passa a não só a contribuir para a mais valia do trabalho industrial, mas também a consumir as tecnologias das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares, construindo um vínculo direto com a economia.

No campo da formação profissional no final do século XIX e início do XX, destaca Lima (2007b) com base em Starr (1991) que:

Starr (1991) demonstra que, nos Estados Unidos, entre 1870 e 1910, os hospitais se tornaram o centro da educação e do trabalho em saúde, passando de 178 para 4.000 estabelecimentos neste período, concentrando, no seu interior, as tecnologias que permitiram o avanço da assistência de enfermagem e da cirurgia médica, e, conseqüentemente, o atendimento em massa dos trabalhadores. Do ponto de vista da educação profissional em saúde, ocorre que daí em diante não basta a experiência prática. A tendência será a progressiva exigência do aumento da escolaridade e da formação profissional, particularmente, dos(as) trabalhadores(as) técnicos de enfermagem. (LIMA, 2007b, p. 94).

Cabe também destacar, ainda que brevemente, que o processo de desenvolvimento da produção de novas tecnologias com a entrada progressiva de capitais na saúde vai gerar ao longo da história um movimento duplo de aumento dos custos de atenção e entraves na universalização do acesso à saúde como direito. É essa contradição que vai ser tornar o objeto de diversas iniciativas de racionalização do

trabalho em saúde, na perspectiva de superação desse padrão, tal é o caso da medicina comunitária, como demonstra os estudos de Donangelo.

Esse processo exposto aqui de modo resumido tem por finalidade destacar que o trabalho em saúde é atravessado pela natureza das mudanças societárias e suas implicações sobre a forma de produzir a atenção em saúde, ao mesmo tempo em que este trabalho também participa da criação das condições de reprodução da força de trabalho. Esse ponto de partida é importante para localizarmos de qual relação entre educação e trabalho na saúde estamos tratando e quais as implicações para a formação dos trabalhadores da área.

Cabe resgatar que as reflexões acerca do trabalho em saúde surgidas no bojo da Reforma Sanitária são marcadas por grandes teóricos da saúde pública, além da Donangelo, poderíamos citar Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, Maria Cecília Puntel de Almeida e outros. Esses autores foram pioneiros ao trabalharem com uma abordagem marxista na saúde, pois, sempre houve predomínio de uma visão positivista na área da saúde, que historicamente é (re)conformada as necessidades produzidas pelo capitalismo. No entanto, a partir dessa abordagem se pode compreender a saúde como um trabalho que envolve a teleologia do atendimento a necessidade humana, que variam de acordo com o processo histórico. Além de seu caráter histórico, também é social, pois seu “objeto” de intervenção é o homem em sociedade. O produto do trabalho em saúde, contudo, é distribuído na sociedade de forma desigual.

Mendes Gonçalves (1992) sistematizou o trabalho em saúde com base no conceito de necessidades de saúde, articulando a dimensão singular que confere ao indivíduo a totalidade da vida social. A necessidade de saúde se manifesta nesse mútuo movimento, tal modo que não é possível apreender a priori as necessidades de saúde em sua radicalidade, “pois essas só são apreensíveis no concreto, enquanto manifestação subjetiva de um sujeito em objetivação, impensáveis que são em si mesmas, fora de suas relações em estruturas de necessidades” (MENDES GONÇALVES, 1992, p. 56). Diferentemente, a sociedade capitalista individualizada naturaliza as necessidades de saúde como biológicas, um processo que é eminentemente social. Esse processo de individualização das necessidades se

caracterizaram com o advento do complexo médico-industrial que reduziu a saúde a bens de consumo. Sendo assim:

(...) na última década a própria saúde aparece pseudopositivamente como o resultado também do consumo daquilo que parece negar a doença: dietas especiais, exercícios, alimentos sucedâneos de alimentos “perigosos”, remédios protetores, etc., em todos os casos, não se trata apenas de uma redução ao consumo, o que é da lógica do modo de produção, mas de uma redução ao indivíduo, que faz com que, ao ser a necessidade máxima de cada e todo indivíduo a posse do equivalente universal de todos os consumos, o dinheiro, a própria individualidade seja reproduzida quotidianamente através de sua redução a infinitos atos de consumo. (MENDES-GONÇALVES, 1992, p.47-48).

O que subjaz a redução das necessidades de saúde aos fatores ou bens de consumo a serem adquiridos no plano individual é primeiramente a impossibilidade da satisfação plena das necessidades humanas, pois “sua satisfação generalizada implica outro homem e outros processos de objetivação, mediados por relações sociais de outra natureza” (MENDES-GONÇALVES, 1992, p.56). Assim, a busca pela identificação e satisfação de tais necessidades precisa ocorrer por meio da criação de outros processos de objetivação, lembrando que “tal mudança é um processo social total e não apenas um processo sanitário, como às vezes parece ser o pensamento de tantos messianismos na área da saúde” (MENDES-GONÇALVES, 1992, p. 56).

Tais discussões subsidiam a compreensão da determinação social do processo saúde-doença, que se volta justamente para a compreensão que as necessidades de saúde que podem se manifestar na forma do adoecimento e do sofrimento humano, apesar de serem experienciadas de modo singular, se conjugam com uma experiência viva em relação social com outros indivíduos constituintes desse mesmo sujeito que adocece ou que não tem suas necessidades atendidas. Não se trata, portanto de negar a individualidade, mas de reafirmá-la de modo concreto (MENDES-GONÇALVES, 1992, p. 57)¹².

Retomando ao estudo de Lima (2010) com relação aos conceitos surgidos do seio da Reforma Sanitária, o autor destaca que a influencia do pensamento marxista proporcionou a reformulação conceitual e a aplicação do pensamento médico-social,

¹² Retomaremos os aspectos relativos à discussão sobre a determinação social da doença no terceiro capítulo ao abordarmos a integralidade na saúde com base na categoria de totalidade.

resultando em um sentido mais abrangente do conceito de saúde, como parte de uma “totalidade de mudanças” (AROUCA, 1988, p. 3 apud LIMA, 2010) e para a construção do SUS, mediante seus princípios – universalidade, integralidade e equidade – e diretrizes – descentralização, regionalização e hierarquização, e participação da comunidade. O aponta também, principalmente a partir da I Conferencia Nacional de Recursos Humanos, para necessidade de mudanças na formação profissional em saúde. Nesse aspecto, é importante ressaltar que a compreensão da determinação social da doença e também das novas requisições em função da reorganização do setor, provocaram uma mudança no paradigma da formação, no sentido da superação do modelo formativo cientificista, supostamente neutro, de raiz positivista e desarticulado da realidade sanitária da população. Nesse sentido, foi proposto a:

combinação do estudo e do trabalho, que a formação alie a dimensão técnica e a dimensão política, e a construção de um novo compromisso ético-político dos trabalhadores de saúde pautado na questão democrática, na defesa do serviço público e na relação com a população e usuários dos serviços de saúde (LIMA, 2010, p. 227).

Destacamos outro aspecto importante com relação a formação dos trabalhadores da saúde que é oriunda dessa nova concepção de articulação entre a dimensão técnica e a dimensão política. Nos referimos a ênfase dada a formação de um trabalhador que fosse também partícipe do Sistema de Saúde não apenas no seio da eficácia no cotidiano do trabalho, como é comumente posta nos dias atuais, mas também no sentido da qualificação com vistas a fortalecer o caráter interventivo do trabalhador na própria organização do SUS, ou seja, na perspectiva da formação do trabalhador dirigente político e não apenas na dimensão técnica.

Lima (2007a; 2010) analisa que esta discussão é o pano de fundo das disputas travadas em torno de concepções politico-pedagógicas na formação profissional de nível médio e técnico na saúde. Nos anos 1980 essa discussão foi polarizada principalmente por duas perspectivas de formação, de um lado a proposta de educação politécnica, herdeira do pensamento marxista, principalmente nos estudos de Antonio Gramsci, e de outro, uma proposta de formação baseado na qualificação e aumento de escolaridade via supletivo do pessoal de enfermagem, que mais tarde ficou conhecido pelo programa Larga Escala. Sobre a emergência da proposta de educação politécnica,

que tomou vultos apenas em torno do pessoal de nível técnico e que tem como princípio base o trabalho como princípio educativo, e qual foi influenciado pelo modelo cubano de formação, Lima (2007a) destaca que:

Essa questão está na origem das discussões então travadas em torno da concepção politécnica de ensino no âmbito do setor saúde e um dos motivos que, ao nosso ver, pode ter influenciado a definição constitucional inscrita no artigo 18, da Constituição Federal de 1988, de atribuir ao SUS a função de ordenar a formação de recursos humanos em saúde, que até aquele momento era responsabilidade exclusiva do Ministério da Educação. Essa concepção de ensino, tributária da tradição socialista, tem por objetivo permitir o domínio dos fundamentos das diversas técnicas utilizadas na produção, e não o mero adiestramento em técnicas produtivas. “A noção de politecnicidade diz respeito ao domínio dos fundamentos científicos das diferentes técnicas que caracterizam o processo de trabalho produtivo moderno. Diz respeito aos fundamentos das diferentes modalidades de trabalho” (Saviani, 1987, p. 17). (LIMA, 2007 a, p. 3)

A proposta instituída pelo Ministério da Saúde na época, contudo, veio a consolidar uma proposta de formação que atribui ao trabalho não um princípio educativo, mas um princípio pedagógico, voltado pela lógica do “aprender fazendo”, que se vincula a uma perspectiva pragmática do conhecimento, como analisa Ramos (2010). Além disso, a formação de nível médio técnico na saúde vai ao longo da década de 1990 incorporando a perspectiva da pedagogia das competências, a qual mais adiante nos debruçaremos.

O relato sobre as conquistas no campo da Reforma Sanitária na década de 1980, contudo, muitas vezes subjulgam as disputas e contradições no seio do processo de instituição do SUS. Além disso, tínhamos um contexto mundial desfavorável aos avanços progressistas mobilizados pela sociedade civil no Brasil. Por razões de corte epistemológico e das condições da pesquisa não esgotaremos esses aspectos neste trabalho. Contudo, vale apontar o que consideramos algumas das principais questões no movimento das relações sociais de produção que se expressaram ao longo da década de 1980 até os dias atuais de modo mais contundente na formação profissional da saúde.

A nível mundial, podemos apontar, com base em Lima (2010), que os principais aspectos que começam a imergir nesse período, mas que vai se consolidar ao longo das décadas de 1980 e 1990, são: as mudanças a nível da conformação do neoliberalismo; a emergência de uma cultura pós moderna que se associa a esse

contexto e que apregoa o fim dos antagonismos e principalmente no campo da produção de conhecimentos a emergência da chamada sociedade do conhecimento; no campo da educação, mais especificamente, observamos as diretrizes da pedagogia das competências; a ocupação política a nível mundial do Banco Mundial nas orientações para a conformação das políticas de saúde até então formuladas pela Organização Mundial de Saúde – OMS, e que ao longo dessas décadas começam a ser incorporadas as medidas exigidas pelos ajustes fiscais. Essa organização passa a instituir uma agenda privatista para a saúde que se associa ao modelo de atenção americano fortemente pautado por uma lógica empresarial e pela entrada do capital financeiro.

No contexto brasileiro, podemos destacar alguns principais aspectos resumidamente, tal como a emergência de um Estado de caráter gerencial¹³ que ao longo da década de 1990 foi desenvolvendo na saúde em parceria com burguesia empresarial nacional, um processo de contrarreforma inconclusa, como denomina Lima (2010), ou ainda um processo de privatização do setor, esvaziando-o daquelas prerrogativas constitucionais lançadas pela Reforma Sanitária. Sobre a contrarreforma inconclusa, o autor compreende este processo esvaziamento, principalmente no que diz respeito ao princípio da universalização do direito “à atenção médica, na oferta majoritariamente pública dos serviços de saúde, no financiamento baseado em tributos e mesmo na gratuidade do sistema” (LIMA, 2010, p. 333). Daí decorre a diferença entre o SUS formal e o SUS real, este último direcionado a ações compensatórias e ao apoio as instituições privadas¹⁴. Essa contrarreforma seria, então, inconclusa, porque o direito à saúde “não chegou a ser desconstitucionalizado nos anos 1990, apesar das tentativas ocorridas durante o primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso (FHC), devido à

¹³ Esse modelo de Estado é resultado da conformação do neoliberalismo sob os moldes da chamada “Terceira via”, que se pauta por uma lógica mais consensual com a sociedade civil, no sentido de barganhar consensos em torno de um equilíbrio social possível por meio de estratégias consensuais e dialógicas que negam o conflito entre classes e que chamam para o campo público a parceria com o denominado terceiro setor e as instituições privadas, deflagrando estratégias aparentemente mais consiliadoras como respostas a crise provocada pela primeira investida neoliberal em termos de desmonte do Estado e do acirramento da desigualdade social.

¹⁴ Para um estudo mais aprofundado a respeito de como se desenvolveu o que aqui denominamos de privatização do SUS sugerimos os estudos de Ligia Bahia (2008).

mobilização de diversos setores (...)” (LIMA, 2010, p. 333). O autor aponta assim a Constituição como um dos grandes entraves às contrarreformas neoliberais.

Para Paim (2007) o SUS real ia se caracterizando ao longo dos anos 1990 em um:

SUS para pobres, centrado numa “assistência primitiva de saúde” mediante focalização, tal como recomendava o Banco Mundial para mitigar os efeitos perversos das políticas de ajuste macro-econômico. Caberia destacar, também, o SUS real, refém dos desígnios da chamada “área econômica”, do clientelismo e da inércia burocrática que, a cada momento, amplia os espaços do mercado para o seguro-saúde e os chamados “planos de saúde” (PAIM, 1996). Este SUS real, expressão do domínio do Plano Real sobre a economia, o Estado e a sociedade, configurava uma contra-reforma” (PAIM, 2007, p. 180).

Uma das principais estratégias de privatização do Sistema foi o processo de desfinanciamento do setor, “construídos como forma de submeter o orçamento da seguridade social à lógica da financeirização dos orçamentos públicos” (LIMA, 2010: 337). A questão do desfinanciamento do SUS está associada ao desmonte da Seguridade Social e a lógica de financeirização da economia brasileira, na qual os recursos da seguridade passam a serem utilizados para outros fins. A questão da financeirização é um aspecto que se inaugura no governo FHC acompanhando o novo movimento de acumulação do capital baseado na reprodução ampliada do capital fictício.

No âmbito acadêmico e político do Movimento de Reforma Sanitária, Paim (2007) assinala que houve um deslocamento importante nos objetos de estudos que passam a incidir mais sobre conteúdos que privilegiavam a dimensão instituída desse movimento, ou seja, as formas de administração, financiamento e gestão do SUS, perdendo de vista a dimensão instituinte que se traduz na ampla reforma social proposta pela Reforma Sanitária. Dessa forma, muito pouco se falou de Reforma Sanitária no âmbito acadêmico na década de 1990, ou mais especificamente muito pouco se aprofundou sobre a teoria da determinação ou produção social do fenômeno saúde/doença. Nesse sentido, a academia deixou em segundo plano a intervenção sobre o estado de saúde da população e seus determinantes. Ganha espaço, assim,

uma postura mais reformista. Todo esse processo não se dá sem tensões internas que polarizavam o próprio movimento em diferentes perspectivas ideológicas¹⁵.

Combinado a esse desfinanciamento observou também nesse período uma reconfiguração das relações público-privado no interior do SUS. Ao mesmo tempo os serviços públicos de saúde se deterioravam, não só pelas razões já apontadas, como também por questões relativas ao processo de descentralização, que repassou mais responsabilidade aos municípios que recursos e autonomia, processo esse associado as metas de ajuste fiscal. Observou-se, como afirma o autor, um relativo deslocamento a favor da contratação de hospitais filantrópicos. Além disso, a assistência médica suplementar, isto é, o segmento de planos e seguros privados de saúde, “também vai reestruturando as suas ações empresariais, ao mesmo tempo que o Estado elabora políticas públicas de apoio a esse setor, que irão competir com as instituições públicas” (LIMA, 2010, p. 340). Neste particular, aponta-se as políticas baseadas em deduções e subsídios fiscais, tais como isenções de impostos. Esse contexto vai se configurando, tal como ressalta Bahia (2008) em um cenário de regressão das teses universalistas em direção aos padrões herdados da previdência social, tal como o papel dos prestadores privados e a segmentação da demanda ao serviço público e privado. Ao passo que o setor privado, como sustenta a autora citada, vai se consolidando com o aporte do Estado.

É importante ainda dizer, que conforme aponta Lima (2010) com base em Rizzotto (2000), as reformas implementadas pelo governo FHC seguiram uma pauta pregada pelo Banco Mundial, que desde a década de 1990 elaborou documentos a respeito das diretrizes brasileiras na saúde, com duras críticas à Constituição e estabelecendo uma agenda privatista no setor.

Como resultante desse processo de retrocesso das conquistas sanitárias, Lima enfatiza o surgimento de uma nova burguesia de serviços de saúde, que se desenvolveu principalmente a partir de três elementos:

A exploração dos serviços de saúde, planos e seguros de saúde, associada à disputa pelo fundo público de saúde e às políticas públicas competitivas ao

¹⁵ Para o aprofundamento das diferenças de perspectivas internas ao Movimento de Reforma Sanitária sugerimos a leitura de Paim (2007) e Escorel (1998).

SUS; a previdência privada, estimulada pela política governamental, com a conseqüente formação dos fundos de pensões que entram no circuito da financeirização da economia; e o setor bancário, que participa tanto da oferta de seguros de saúde como da previdência privada (LIMA, 2010, p. 355)

O processo de privatização do SUS se aprofundou com as diretrizes para a saúde contidas no Plano Diretor da Reforma do Estado, elaborado em 1995 por Bresser Pereira, então ministro do MARE- Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Esse Plano tinha por objetivo basicamente “*reconstruir* o Estado, estruturando como um Estado necessário para gerenciar a transferência das empresas estatais e serviços públicos para o mercado e delegar à sociedade civil a execução de algumas políticas, enquanto realiza outras de natureza focal”. Os pressupostos dessa proposta são principalmente a redução dos investimentos públicos na área social, a fim de gerar receita para o pagamento dos juros referentes à dívida externa junto ao FMI. É evidente que no campo da saúde, a proposta foi o estabelecimento com as ditas organizações da sociedade civil, dentro dos moldes dos chamados serviços sociais competitivos, lançando assim a proposta da propriedade pública não-estatal e seguindo a perspectiva que o Banco Mundial já havia formulado. Consolida-se, desse modo a forma de administração gerencial centrada em resultados e de parceria com o setor privado e filantrópico.

O mesmo autor alerta para o fato do surgimento de uma nova forma de relação público-privada na saúde, em que as próprias instituições públicas cedem à instituição privada contratada, parte ou todos os seus recursos, tais físicos e humanos. E em 1998, é aprovada a Lei nº 9.637, conhecida como Lei das OS (Organizações Sociais), atendendo aos interesses da burguesia de serviços e particularmente da saúde. Com essa lei, a ‘flexibilização’ do SUS é implementada, primeiramente por meio da:

mudança da natureza jurídica das instituições públicas de direito público para direito privado, ou seja, a instituição pública, ao ser extinta, é substituída na forma de fundação ou associação civil. Em segundo lugar, as organizações sociais – como cooperativas de médicos, associação de médicos, entidades filantrópicas sem fins lucrativos, entidades civis de prestação de serviços médicos etc. – são qualificadas livremente pelo ministro do órgão supervisor ou regulador do setor de atividade correspondente e pelo MARE. Não é prevista licitação de ‘concorrentes’, o que teoricamente caberia ao modelo de *competição administrada*, nem se previam garantias reais para a execução dos serviços, assim abrindo espaços para favorecimentos de toda espécie a depender da influência política dos ‘concorrentes’. (LIMA, 2010, p. 370)

Em síntese, conclui o autor a respeito do processo de privatização a partir da segunda metade dos anos 1990 que:

Portanto, com base no arcabouço de ideias do Plano Diretor da Reforma do Estado, com o apoio do MS e, principalmente, em decorrência da Medida Provisória nº 1.591, de 6/11/1997, que dá origem à Lei nº 9.637/1998, se assiste na segunda metade dos anos 1990 a um intenso processo de terceirização dos serviços de saúde. Assim, ao mesmo tempo, elimina-se a figura do servidor público com a flexibilização e a desregulamentação das relações de trabalho; oficializa-se a dupla porta de entrada no SUS, ao permitir a celebração de convênios com os planos privados de saúde como forma de captação adicional de recursos, agravando as desigualdades de acesso e aumentando a regressividade do sistema; compromete-se o serviço, que antes era público, com o faturamento, a produtividade e a otimização da relação custo-benefício (LIMA, 2010, p. 372).

Ainda assim, destaca Lima que a proposta de competição administrada, um modelo oriundo nos Estados Unidos (EUA), não foi implementado da forma radical como estava elaborado no Plano Diretor da Reforma do Estado. Mas os interesses mercantis na área da saúde, tal como o repasse de serviços para a administração privada, e a cultura da administração gerencial foi enraizada no SUS.

O modelo de competição administrada ou *Managed Care* começou a se expandir para América Latina no final da década de 1980 sob o patrocínio do Banco Mundial. No ano 2000 foi incorporado no Informe sobre a Saúde no Mundo da Organização Mundial de Saúde (OMS) como exemplo de modelo que privilegia o fortalecimento da atenção primária em saúde, evitando os tratamentos e o acesso aos serviços de alta complexidade, porque são de alto custo. Essa proposta enfoca o trabalho do pessoal de enfermagem como estratégia de cuidado na redução dos gastos. O redirecionamento para atenção básica não se refere a uma forma de reorganização da atenção com vistas a ampliar o acesso e a universalização da saúde, mas sim na perspectiva de diminuir os gastos e beneficiar as parcerias público-privadas. Nos EUA, o autor esclarece, com base em Almeida (1996) e Iriart (2008), que esse novo modelo é resultado de uma disputa por recursos econômicos entre o capital do chamado complexo médico-industrial e da entrada do capital financeiro na saúde, que passa a controlar os fundos de pensão. O *Managed Care* se revela como uma estratégia de seleção adversa, ou seja formas de controle gerencial que visavam impossibilitar o acesso aos atendimentos especializados, cujo o objetivo era a manutenção da balança

na relação custo-benefício. Esse modelo não prosperou nos EUA porque não houve um impacto significativo na redução do gasto sanitário total, conforme o esperado, e gerou questões financeiras nas instituições de saúde.

Sobre a entrada do capital financeiro na saúde na América Latina, Laurell (1998) nos diz que este aspecto está na base da lógica de provisão dos serviços. A autora esclarece que as empresas de seguro de saúde privadas geralmente são ligadas a grupos financeiros, e comumente essas companhias na América Latina possuem bases ou estão associadas a grupos norte-americanos. Os serviços dos seguros de saúde tem como características principais a estratificação na qualidade e no acesso aos serviços condicionado a contribuição a custos elevados, não assegurando necessariamente aos assegurados um plano básico obrigatório, o que faz com que se elimine a solidariedade entre os segurados, reduzidos à lógica do mercado.

É importante situar que como ressalta Laurell (1994 apud LIMA, 2010), que essa necessidade de controle sobre os gastos, típicos dos modelos americanos, surge também em função da entrada de sofisticadas tecnologias diagnósticas e terapêuticas de base microeletrônica, tornando o hospital um espaço altamente concentrador de investimentos e recursos tecnológicos. Esse processo é contemporâneo ao paradigma da acumulação flexível e reflete o processo das corporações industriais conhecido como reestruturação produtiva que ao longo das décadas de 1980 e 1990 vão redefinindo o processo de produção com bases tecnológicas mais complexas e integradas (FRIGOTTO, 2010). A conversão do hospital nesse espaço de alta tecnologia, se por um lado vão tornar mais precisas as possibilidades diagnósticas, por outro vai redefinir tanto o papel do hospital quanto do processo de trabalho médico, provocando um deslocamento relativo do médico e dos demais profissionais da saúde que passam a se inserir de maneira subordinada ao processo de trabalho hospitalar.

No Brasil Lima (2010) vai dizer que o modelo importante da 'competição administrada' não proporcionou um redirecionamento do modelo de atenção a saúde para atenção básica, e nem resultou em maior eficiência para resolver os problemas de saúde da população. O que acarretou foi uma multiplicidade de sistemas municipais de saúde, com maior ou menor participação das instituições privadas. E o programa carro chefe do modelo centrado na atenção básica, a Estratégia de Saúde da Família, o ESF,

apesar do impacto positivo em alguns municípios, não configurou em uma saída do caráter dito hospitalocêntrico da atenção. Do contrário, tal programa:

parece funcionar mais como um programa em razão do alto grau de normatização operado pelo Ministério da Saúde, além de estar marcada pela instabilidade da força de trabalho devido às formas de contratação precárias e por ser executada de maneira paralela à própria rede de Atenção Básica (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2007 apud LIMA, 2010: 379)

Por outro lado o processo de reestruturação produtiva na saúde também pode ser observado no Brasil, como demonstra Pires (1998 apud LIMA, 2010). Como foi dito esse processo se pauta pela entrada de alta tecnologia advinda da indústria de equipamentos e farmacêutica, e que introduz uma progressiva centralidade tecnológica no âmbito do diagnóstico e também do tratamento. Essa alta tecnologia que acaba otimizando o trabalho dos profissionais ao realizar tarefas até então de caráter exaustivo, por outro lado, não liberam tempo livre, do contrário se observa o aumento da rotatividade na ocupação de leitos e o aumento do lucro dos hospitais privados. Por outro lado, a entrada de tecnologias na saúde também não substitui mão de obra, e isso ocorre pelo próprio caráter do trabalho em saúde, cujo objeto de trabalho é a própria vida humana. As consequências tem sido a intensificação da jornada de trabalho dos profissionais, em especial os de enfermagem, como por exemplo o aumento do número de leitos sob responsabilidade de um único profissional. Já a ampliação dos postos de trabalho tem ocorrido principalmente via terceirização que acompanha o processo de horizontalização da organização de caráter privatista da saúde.

Com relação ao processo de trabalho em saúde, Lima citando Pires (1998) analisa que, ao menos no campo da enfermagem nas particularidades da pesquisa empírica do autor, houve uma ênfase maior na modalidade do chamado 'cuidado integrais', corroborando para a evocação da visão de conjunto sobre o processo de atenção. Os cuidados integrais, segundo Lima, são uma modalidade de organização do trabalho no campo da enfermagem que prioriza uma visão de conjunto das necessidades assistenciais e da totalidade do homem, possibilitando superar o parcelamento de tarefas. Essa modalidade foi sendo considerada contra-hegemônica

na saúde. Contudo, tudo indica que hospitais privados de ponta tem incorporado essa lógica de trabalho como mais eficiente e capaz de gerar mais credibilidade sem acarretar na elevação dos custos.

Sobre a reestruturação produtiva é importante dizer que o desemprego que se inicia no Brasil e na Europa nos anos 1980, com a introdução de novas tecnologias mais integradas e complexas, demandou uma maior captura do conhecimento tácito do trabalhador. Frigotto (2010) nos diz que se estabeleceu uma mudança no perfil do trabalhador e a principal causa para as mudanças no processo formativo é a necessidade de se preparar esse trabalhador para a nova plataforma científico-técnica de base microeletrônica. Essas tecnologias se diferenciam das anteriores e provocam uma profunda mudança da relação do profissional com a máquina, exigindo um perfil que compreenda a complexidade dessas bases mais informativas e altamente integradas.

Nesse meandro, ressurgiu uma espécie de rejuvenescimento da teoria do capital humano, com um rosto mais social, e a redescoberta e valorização da dimensão humana do trabalhador e da sua subjetividade. As teses de valorização humana enfatiza a formação do perfil polivalente, participativo e flexível. A intervenção direta de um trabalhador com capacidade de análise torna-se crucial para gestão da variabilidade e dos imprevistos produtivos, que são melhores resolvidos em equipe. Assim, disseminou-se a ideologia de que novos processos produtivos gerariam a requisição aos trabalhadores de novas qualificações e uma necessidade crescente em se qualificar.

No campo da formação profissional na saúde, como já salientado, partimos do princípio que a transição para o novo modelo de atenção do SUS demandou um novo perfil profissional imbuído do conceito ampliado de saúde e do atendimento na perspectiva integral. A I Conferência Nacional de Recursos Humanos em 1986 (surgida em resposta à demanda colocada pela VIII Conferência Nacional de Saúde) já apostava na integração unidade acadêmica e serviço como possibilidade de mudanças na matriz curricular da graduação (BRASIL, 1986).

Desde então este foi o entendimento das diversas legislações que surgiram na tentativa de efetivar uma formação profissional na saúde. Primeiramente foi instituída a

Lei Orgânica da Saúde em seu artigo 14, que versou sobre a criação de comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior com a finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do SUS.

Observamos a partir da década de 1990 um quadro que acompanha as mudanças no mundo do trabalho. Lima et alli (2006) vai ressaltar que diferentemente do que defendia o Movimento de Reforma Sanitária no tocante a formação, que se voltava para a integração das dimensões técnicas e políticas do trabalhador, afim de que ele não fosse apenas técnico, mas também dirigente da política. Nos anos 1990, a concepção de educação vai ganhando um novo reordenamento de caráter restritivo e individualista. De tal modo que nos anos 1980 , o Movimento Sanitário de modo geral compreendia o trabalhador como produto das relações sociais, o que implicava não somente a formação, mas também transformar essas relações, na passagem dos anos 1990 para os anos 2000 a dimensão das relações sociais foram sendo substituídas pelo enfoque da subjetividade.

Os estudos já apontados no Campo da formação de nível técnico da enfermagem (RAMOS, 2010; LIMA et al., 2006; LIMA, 2010 e outros), em síntese ressaltam, que na década de 1990 o modelo de gerenciamento da 'competição administrada' bem como a pedagogia das competências marcaram o programa de formação na época, o PROFAE. Essa influencia da pedagogia empresarial segue os próprios rumos definidos a partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB, que apresenta a noção de competência nas diretrizes para o ensino de nível técnico.

Cabe destacar que a pedagogia das competências emerge em um contexto de adequação à reestruturação produtiva iniciada nos anos 1990 no Brasil. Com a inauguração de um novo paradigma de produção inicialmente na Europa acompanhada da crise do Estado de Bem Estar Social, surgiu uma gama de conceitos voltados para a adequação da força de trabalho a esse novo modelo produtivo. Diante da crise do emprego aprofundada pela introdução de novas tecnologias que substituem o trabalho vivo e que produziram uma profunda transformação no modo de produção capitalista, tanto na organização do trabalho quanto em novas exigências no perfil do trabalhador,

a pedagogia das competências surge como o componente pedagógico dessas transformações.

Neves & Pronko (2008) analisam essas transformações sobre a formação para o trabalho complexo no Brasil, assim como a emergência, na década de 1990, da chamada sociedade do conhecimento amplamente difundida pelos Organismos Internacionais, em especial o Banco Mundial, como justificativa para imputar novos modelos formativos aos países periféricos. Partindo da revolução constante das forças produtiva própria ao modo de produção capitalista, essa concepção tende a criar a noção de um novo patamar de sociedade, em que a centralidade para o desenvolvimento da economia mundial não estaria mais na força física das indústrias, mas sim no conhecimento, na tecnologia e na inovação. Essas diretrizes tiveram importante impacto no tocante à educação superior e à produção de ciência e tecnologia. As autoras concluem pela diferenciação e desigualdade das proclamadas vantagens da “era da inovação e do conhecimento” na divisão internacional do trabalho e pelas repercussões dessas diretrizes na fragmentação e privatização dos modelos de formação para o trabalho complexo no Brasil, difundindo um novo modo de ser, mundializado e adequado à manutenção e reprodução do conteúdo técnico e ético-político necessário a esse novo patamar de produção.

É nesse sentido que a noção das competências surge, ou seja, no contexto das incertezas das possibilidades de constituição da carreira profissional, seja no tocante ao conteúdo das profissões, seja na constituição de renda e mobilidade social. Ramos (2009) citando Paiva (1997) fala sobre a crise do valor dos diplomas, os quais perdem o peso para a qualificação real, diante das competências requeridas pelas empresas e adquiridas pelo trabalhador, mediante seu atestado eminentemente prático. Ao contrário, porém, do título profissional, a validação das competências são sempre incertas e temporárias porque irão variar com as requisições da conjuntura econômica e política.

Ramos (2009) expõe que antes desta perspectiva emergir, o conceito utilizado para a avaliação profissional era a de qualificação, vinculado, mas sem rigidez, à formação inicial do profissional. Já as competências se voltam para os atributos individuais do trabalhador, as práticas cognitivas adquiridas na experiência. Esse

deslocamento no plano do trabalho produziu, no plano pedagógico o seu correspondente, a saber: “do ensino centrado em saberes disciplinares para um ensino definido pela produção de competências verificáveis em situações e tarefas específicas e que visa a essa produção” (RAMOS, 2009, p. 301).

A pedagogia das competências promove na educação escolar três pilares associados, saber, saber-fazer e saber ser. Estas dimensões precisam vir acompanhadas de atividades práticas nas quais possam se materializar. Suas aplicabilidades práticas é o que valida o conhecimento transmitido. Por esta razão, essa concepção pode ser caracterizada como eminentemente pragmática, ou seja, predomina a conotação utilitária e pragmática do conhecimento. Sendo assim, lança na formação um papel a ser assumido pelo trabalhador, a gerência das incertezas, variações do processo produtivo e a adaptação às mudanças técnicas e na organização do trabalho. A noção das competências se sobressai, portanto, pelo seu caráter adaptativo e psicologizante das requisições imputadas pelo processo produtivo. No plano do seu escopo teórico resume a autora que:

A noção de competências situa-se, então, no plano de convergência entre a teoria integracionista da formação do indivíduo e da teoria funcionalista da estrutura social. A primeira demonstra que a competência torna-se uma característica psicológico-subjetiva de adaptação do trabalhador à vida contemporânea. A segunda situa a competência como fator de consenso necessário à manutenção do equilíbrio da estrutura social (...). (RAMOS, 2009, p. 303).

Com isto, o caráter histórico-ontológico do conhecimento é substituído pelo caráter experiencial. Fica lançada a base pedagógica para a adaptação a “flexibilidade” necessária diante do cenário contemporâneo instável, em que se apregoa a empregabilidade. Pode-se também deduzir, como nos mostra Pronko (2008) que a finalidade dessas bases se revela como sendo a preparação de especialistas que possam aumentar a produtividade do trabalho sob a direção do capitalismo monopolista e, ao mesmo tempo, a formação de intelectuais orgânicos da sociabilidade capitalista.

Retomando as diretrizes na formação profissional na saúde, mais de uma década depois da promulgação da Lei Orgânica, no conjunto das iniciativas do primeiro mandato do Governo Lula com intuito de ordenar a gestão do trabalho e da formação

em saúde foi instituída em 2003 a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos, que estabeleceu os parâmetros gerais para a Gestão do Trabalho no SUS (BRASIL, 2002). E em 2004 criou-se a Política Nacional de Educação Permanente para a Saúde-PNEPS, que abordaremos no próximo item. Podemos listar também o próprio Pacto pela Saúde, de 2006, em seu Pacto de Gestão do SUS. Por fim, neste mesmo ano, foi instituída as diretrizes para a implementação da Política Nacional da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que estabeleceu como prioridade a expansão da residência multiprofissional nas três esferas de governo.

Bravo e Menezes (2010) analisam que as propostas apresentadas para o SUS no primeiro mandato do Governo Lula não se efetivaram no segundo mandato, ao contrário, retrocederam com a aprovação da criação de Fundações Estatais de Direito Privado na saúde e o ressurgimento das Organizações Sociais principalmente nos municípios. Um dos impactos desse modelo que nos cabe ressaltar é o regime de contratação via CLT, minando o Regime Jurídico Único- RJU. Além do mais, não foi instituído em escala federal o plano de cargos, carreira e salário, luta histórica dos trabalhadores da saúde, somado a precariedade dos serviços públicos e das relações de trabalho, com baixa remuneração desses trabalhadores e enormes discrepâncias salariais, como avaliou a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde realizada em 2009. Além do subfinanciamento e as distorções nos gastos públicos, há ainda a não observância das deliberações dos conselhos e das conferências de saúde, tal como ocorreu com a recente implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares nos Hospitais Universitários, desconsiderando a deliberação da 14ª Conferência Nacional de Saúde.

Nesse contexto Lima (2010) com base nas análises de Paulani (2006), Oliveira (2006) e Coutinho (2006) vai sustentar a afirmação de que o governo Lula se caracteriza pela vertente neoliberal de Terceira Via, um modelo advindo da reorganização do neoliberalismo após a crise mundial instalada na década de 1980, e que foi incorporado principalmente a partir do Plano Diretor da Reforma do Estado, em meados da década de 1990 no governo FHC. O Governo Lula então, de modo geral, deu prosseguimento ao processo de financeirização da economia e aprofundou as relações com a burguesia de serviços, por meio das parcerias público-privadas. Os

recursos públicos foram fortemente direcionados para o pagamento dos juros da dívida externa, impossibilitando assim qualquer política de viés universalizante. Do contrário foi dado maior importância às medidas de caráter compensatório, focalizadas ou de alívio à pobreza.

No campo da saúde, conforme já apontado, houve um fortalecimento da burguesia de serviços no setor saúde sob a velha alegação da ineficiência e engessamento do SUS, justificativa antagônica a demonstrada pelo Conselho Nacional de Saúde e pelos movimentos sociais, e esse fortalecimento se deu pela permanência das políticas de apoio e/ou tratamento fiscal diferenciado para esse setor da burguesia (Bahia, 2008). Ao passo que não se reverteu o quadro de sucateamento do SUS.

O curso da privatização da saúde no Brasil tem se dado a passos largos, além das medidas já apresentadas, observamos recentemente outras que vem aprofundando o processo de privatização, e fortalecendo a nova burguesia dos serviços e o capital financeiro na saúde. É o caso da aprovação da Lei nº 12.550/2011 que permite a implantação da EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, nos hospitais-escola federais, os HU's. Conforme denuncia a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde essa medida compromete os vínculos dos trabalhadores, ameaça à autonomia universitária e a permite a mercantilização de serviços de pesquisa e extensão, dentre outras consequências¹⁶.

¹⁶ Segundo a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde a principal justificativa para criação da Empresa apresentada pelo Governo Federal seria a necessidade de “regularizar” a situação dos funcionários terceirizados dos HUs em todo o país (26 mil trabalhadores no total). Entretanto, a proposta apresentada intensifica a lógica de precarização do trabalho no serviço público e na saúde, pois, ao permitir contratar funcionários através da CLT por tempo determinado (contrato temporário de emprego), acaba com a estabilidade e implementa a lógica da rotatividade, típica do setor privado, comprometendo a continuidade e qualidade do atendimento em saúde.

A EBSEH nega esse princípio constitucional e abre espaço para mercantilização dos serviços de saúde prestados pelos HUs. O fato de se afirmar como empresa pública e prestar serviços para o SUS não resolve o problema, pois concretamente as possibilidades de “venda” de serviços pela Empresa são reais e estão postas na Lei. Inclusive, as atividades de pesquisa e ensino seguem podendo ser vendidas a entidades privadas por meio de “acordos e convênios que realizar com entidades nacionais e internacionais” (Lei nº 12.550/2011, artigo 8º, Inciso II), sendo esta uma das fontes de recursos da EBSEH.

Outra grave afronta da EBSEH diz respeito à autonomia universitária, que ficaria seriamente comprometida sob essa forma de gestão. Na prática, a gerência da Empresa, com poderes amplos para firmar contratos, convênios, contratar pessoal técnico, definir processos administrativos internos e definir metas de gestão, acabaria com a vinculação dos HUs às Universidades. Para o jurista Dalmo Dallari, os projetos que apontam para a desvinculação dos HUs das Universidades (como aponta a própria EBSEH), carecem de lógica e razoabilidade jurídica.

Recentemente outras iniciativas privatizantes também entraram em curso, como a permissão da entrada do capital estrangeiro na saúde por meio da MP 656/2014, segundo a qual passam a poder instalar, operar hospitais e clínicas, ou seja, o capital estrangeiro deixa de estar restrito aos planos e seguros de saúde e passam a poder participar ativamente do SUS¹⁷. Há ainda outra medida em tramitação no Congresso Nacional, a PEC nº358/2014 que se volta para importantes cortes de financiamento do Sistema Único¹⁸.

Contraditoriamente a este cenário, a formação profissional na saúde a partir do Governo Lula, principalmente a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Formação na Saúde – SGTES passa a implantar uma política de formação que privilegia o trabalho como fonte de aprendizagem no sentido da resolução dos desafios ocorridos no cotidiano de trabalho, sem necessariamente relacioná-los com o contexto anteriormente apresentado. Observa-se também, não só a continuidade como uma

Quebra-se também o princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão e a verdadeira natureza dos Hospitais Universitários, que se limitariam, sob os ditames e gerenciamento da nova Empresa, a prestar serviços de assistência à saúde, conforme pactos e metas de contratualização.

¹⁷ Segundo com a nota divulgada pela “Frente Nacional Contra a PEC 358/2013 e a entrada de capital estrangeiro na saúde” (2015), a emenda permite que empresas e capitais estrangeiros possam instalar, operar ou explorar hospitais (inclusive filantrópicos) e clínicas. Também poderão entrar em ações e pesquisas de planejamento familiar, e serviços de saúde exclusivos para atendimento de funcionários de empresas. Atualmente, a presença do capital externo já existe em outras áreas da saúde, a exemplo dos planos e seguros de saúde, e de farmácias. A emenda altera a Lei Orgânica da Saúde (8.080/90), que originalmente proíbe os investimentos estrangeiros no setor, e fere também a Constituição Federal de 1988, em seu artigo no. 199.

¹⁸ Proposta de Emenda Constitucional nº 358, conhecida como a PEC do Orçamento Impositivo (emendas parlamentares). Nessa PEC foi incluída uma nova base de aplicação do governo federal na saúde (arts 2º e 3º) Receita Corrente Líquida (RCL), inclusive sendo executada de forma escalonada em cinco anos, isto é, 13,7% dessa RCL, para o primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação dessa PEC, até alcançar 15% da mesma, no quinto exercício financeiro, respectivamente. Isto resultaria um acumulado de recursos, nesses cinco anos, de apenas R\$ 64,2 bilhões, enquanto que 10% do PIB corresponderiam a aproximadamente R\$ 400 bilhões, somente para o primeiro exercício financeiro.

Caso a PEC 358 seja aprovada, tudo indica que o cenário futuro para o financiamento do SUS ficará bem distante da necessidade de financiamento para assegurar um sistema universal de saúde. Ainda mais, a aprovação desta PEC trará dois graves problemas: 1- o recurso referente ao Pré-Sal deixará de ser um excedente para a saúde, como estava previsto na Lei 12.858/2013, passando a incorporar a nova base de cálculo determinada pela PEC e, conseqüentemente com perdas de alguns bilhões de reais; 2- aumento das emendas parlamentares para um teto de 1,2% da Receita Corrente Líquida, sendo que 0,6% seriam retiradas do orçamento da saúde. Como pode ser verificado, a situação de restrições ao financiamento do SUS será ainda maior Segundo com a nota divulgada pela (FRENTE NACIONAL CONTRA A PEC 358/2013 E A ENTRADA DE CAPITAL ESTRANGEIRO NA SAÚDE, 2015).

ampliação da perspectiva da pedagogia das competências nesse campo, que se expandirá para outros níveis e modalidade de formação. Abordaremos no capítulo dois as diretrizes dessa formação e seu contexto político pedagógico, antes nos debruçaremos a seguir sobre a modalidade das residências multiprofissionais.

1.3 A Residência Multiprofissional em Saúde

A origem da residência multiprofissional¹⁹ no Brasil remete a década de 1970 como resultante de uma reordenação de perfil profissional advindo da Medicina Comunitária. Em 1976, a Secretaria do Estado de Saúde do Rio Grande do Sul criou a primeira Residência em Medicina Comunitária, denominada São José do Murialdo, e que, dois anos depois, se tornou uma Residência Multiprofissional. Essa experiência foi incorporada pelos estados de Pernambuco e Rio de Janeiro, que propuseram criar um modelo de base municipal. Nessa perspectiva, já no final da década de 1970, muitas outras residências foram criadas. Contudo, a diretriz política de desobrigação do Estado pela gestão dos setores sociais, inclusive o da saúde, que se instalou com força a partir do final dos anos 1980 e durante os anos 1990, fez com que muitos desses programas de residência fossem fechados ou não tivessem continuidade (ROSA; LOPES, 2010).

As residências multiprofissionais só retornam em 1999, quando o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, com o apoio de atores sociais oriundos do Movimento Sanitário, reativam os projetos para as residências com foco na atenção básica, produzindo diretrizes e propostas de financiamento. Financiamento este que será disponibilizado, a partir de 2001, para os programas aprovados, sendo que alguns deles já estavam em funcionamento (CAMPOS, 2006 apud ROSA; LOPES, 2010).

¹⁹ A “Residência” se inicia nos Estados Unidos, onde os médicos participantes do programa nos Estados Unidos deveriam residir na instituição onde se dava o treinamento. No Brasil, a Residência Médica surge na década de 1940, orientada por médicos brasileiros que haviam completado sua formação como residentes em hospitais norte – americanos. Foi o início de uma nova forma de conceber a formação profissional médica em que se privilegia o aprendizado através da prática hospitalar.

Exposta esta trajetória, ressaltaremos alguns aspectos com relação aos modelos de atenção da Medicina Comunitária e da Atenção Primária em Saúde considerados mais pertinentes para a análise aqui empreendida sem a pretensão de esgotar seu conteúdo histórico. Partiremos dos estudos de Ruela (2013) e Lima (2010) que a partir de diversos autores tais como Rodrigues Neto (1979), Teixeira (1982), Donnangelo (1976) e outros, realizou um denso resgate e análise desse processo. Com isso se quer apreender o contexto que emerge a formação multiprofissional que adota a estratégia de residência já existente.

A residência médica surge no Brasil na década de 1940. Centrado na lógica do treinamento em serviço, podemos observar, analisando artigos da área da educação médica, especialmente os de Feuerwerker (1998 e 2000) que essa modalidade sofreu forte influência do modelo de educação médica de base flexneriana. Flexner foi um dos grandes expoentes norte-americano que difundiu, a partir de seu relatório sobre a situação da educação médica nos Estados Unidos e Canadá, o modelo de formação biomédica que ganhou vultos em todo o mundo. Estudos das vertentes consideradas críticas sobre a história da medicina mostram que a crescente capitalização da medicina com os avanços tecnológicos da indústria de equipamentos e medicamentos na área vinham demandando principalmente na Europa ocidental a intensificação da especialização médica. Flexner, fortemente apoiado financeiramente pela instituição Rockefeller, divulgou na área da educação em saúde este processo então em mudança em virtude do avanço do capital monopolista desde o final do século XIX.

Para Donnangelo (1979) houve um processo de medicalização da sociedade, ou seja, uma extensão da prática médica através do cuidado médico individual, cujas raízes datam no século XVIII, mas que se acentua com o avanço do capital monopolista. Esse processo é possibilitado por meio das necessidades de reprodução da força de trabalho e das relações de poder que envolve a relação do corpo humano na sociedade que passa a ser visto como um objeto que necessita da definição de limites para o seu uso e da normatização desse uso enquanto força de trabalho. A medicina então, por meio desse processo de medicalização, passa a atuar no sentido da criação e recriação dessas condições e da “determinação do valor histórico da força

de trabalho” (DONNANGELO, 1979, p. 34). Ou seja, a medicina passa a atuar como meio de regulação da capacidade de trabalho.

A associação entre a corporação médica e o grande capital passa a exercer forte pressão sobre as instituições e os governos para a implantação e extensão da “medicina científica”. “Pode-se concluir, pois, que a medicina científica ou o ‘sistema médico do capital monopolista’ se institucionalizou através da ligação orgânica entre o grande capital, a corporação médica e as universidades” (MENDES, 1985).

Atentando-nos mais às recomendações curriculares, algumas podem ser hoje consideradas triviais tais como, as escolas médicas devem estar baseadas em universidade e os programas educacionais devem ter uma base científica. Este aspecto se volta à irregularidade das escolas médicas no período. Nota-se, porém, o caráter positivista, a divisão entre o sujeito e o objeto no uso da ciência e na ênfase da dimensão do conteúdo prático do ensino enquanto dimensão de testagem do conhecimento. Tal como no positivismo, que atingia os meios de racionalização de grande parte do Ocidente, a observação e a experimentação se tornam o único meio seguro de comprovação do conhecimento.

Nesse sentido, o relatório recomendou dois ciclos de ensino, um ciclo básico com atividades práticas em laboratórios e um ciclo clínico, realizado fundamentalmente no hospital, considerado o local privilegiado para se estudar as doenças, já que “o estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta” (FLEXNER, 1910 apud PAGLIOSA; ROS, 2008). Flexner defendia como mais importante para o aprendizado da medicina, as atividades práticas, tanto no laboratório como na clínica.

Ainda no tocante a formação médica, com o golpe militar de 1964, se intensificou o processo conhecido como capitalização da saúde. Como nos mostra Donnangelo (1976), a abertura da saúde para os produtos das indústrias de equipamentos e farmacêuticas, conformando um mercado de consumo, atrelado ao estabelecimento da medicina previdenciária de cunho privatista e caráter hospitalocêntrico, possibilitou uma maior tecnificação do ato médico, intensificando sua especialização. Consequentemente, demandou-se maior tempo de formação profissional. Para a autora, a esse processo soma-se ainda:

Maior volume de equipamentos, multiplicação de tarefas profissionais auxiliares, enfim, maior tempo de trabalho pregresso, manifestando-se em cada interferência parcial sobre o objeto (...) para promover, na sequência da medicina tecnológica, o aumento dos custos do serviço (DONNANGELO, 1979, p. 77).

Madel (1979), corroborando com essa análise, ressalta que a formação médica é encarecida em função do modelo de atenção vigente. A formação passa a sofrer maior exigência por cursos de especialização. Nesse contexto, a residência ganhou vultos na década de 1970 sob a justificativa de “compensar a formação deficiente” da graduação. Em decorrência desta intensificação e fragmentação da especialização médica:

a prática hospitalar, especializada e especializante, substituirá e será ao mesmo tempo, o ensino médico. Tal especialização começará, portanto, cada vez mais cedo e todo o ensino da medicina tenderá a se passar no hospital. Este tornar-se-á, por sua vez, um situs institucional universitário (MADEL, 1979, p. 173).

Apesar de desde a década de 1950 haver a predominância de uma prática hospitalar demonstrativa de beira de leito, os cursos eram oferecidos pelos médicos de referência, de caráter catedrático, nos hospitais. Utilizando como fonte entrevistas realizadas com médicos, Madel afirma que somente na década de 1970 essa prática passa a se articular com a hierarquia institucional médica crescente dos hospitais universitários, e, residentes e internos, passam a assumir “o lugar na prática” dos catedráticos. É neste momento que os Hospitais Universitários passam a realizar convênios com o então INPS e se tornam hospitais de uso de tecnologia de ponta e altamente especializados.

Já Feuerwerker (1998) afirma que a residência médica surge no Brasil sob forte influência do modelo norte-americano, marcada por uma concepção voluntariada de trabalho, na qual se contava fundamentalmente com a mão-de-obra de residentes nos Hospitais vinculados em sua maioria a universidades. Ainda hoje este fato pode ser observado nos chamados HU's.

Outra característica marcante, apontada pela autora, e que se estendeu após a regulamentação da residência, foi seu viés explicitamente médico-corporativista, tanto na gestão quanto na implementação dos programas. Esse corporativismo não preconizou a regulamentação da residência; pelo contrário, esta foi resultado da pressão dos médicos residentes, e só ocorreu na década de 1970.

Mesmo no processo de regulamentação, que foi inicialmente realizado pelo Ministério da Educação, as concepções divergiam quanto a regulamentá-la como trabalho ou como formação profissional. A concepção fragmentadora entre trabalho e educação, ou mesmo de sobreposição da prática em relação à teoria, resultado do viés positivista, pragmatista e tecnicista presente na saúde, se consolidou mais fortemente a partir da expansão do taylorismo e do fordismo na primeira metade do século XX, nos Estados Unidos e na Europa. Repercutiu-se na conformação da residência médica, no Brasil, mesmo após sua regulamentação e mesmo com o advento da Reforma Sanitária.

Com relação a regulamentação, a única reconhecida pelo MEC era a Residência Médica, regulamentada em 1977 pelo Decreto de nº 80.281, que também criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Nesse período, a Residência foi definida como uma modalidade de pós-graduação *lato sensu* em nível de especialização, destinada a médicos, cujas atividades são supervisionadas por profissionais devidamente qualificados. Constituiu-se em um processo de educação no e para o trabalho em saúde, em diversos campos da medicina.

Em 1981, foi publicada a Lei nº 6.932, que define a residência médica como treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos. A lógica do “treinamento em serviço”, bem como o modo de funcionamento da Residência Médica influenciou as residências de demais áreas e ainda, atualmente, suscitam questões para o debate sobre esse modelo de formação. A residência médica foi referência tanto em termos pedagógicos quanto na organização para os demais programas de outras áreas da saúde implantados a partir da década de 1970, em sua maioria em hospitais universitários.

O posterior reconhecimento das residências em áreas profissionais, ou seja, nas áreas profissionais de saúde não médicas, e das multiprofissionais teve sua regulamentação semelhante ao processo da residência médica. Conforme já salientamos, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) localiza a residência multiprofissional nos marcos da formação profissional voltada para a atenção básica, que se inicia com a

medicina comunitária e se institucionaliza no Programa Saúde da Família, décadas seguintes.

Para compreendermos o surgimento da perspectiva multidisciplinar na residência de medicina comunitária, precisamos, antes, nos ater a alguns condicionantes macro-estruturais, o que nos remete ao período desenvolvimentista no Brasil. O resgate realizado por Ruela (2013), que aqui se apresenta de modo resumido, nos possibilita compreender a relação entre a perspectiva desenvolvimentista e as novas conformações no campo da formação sanitária.

O ideário desenvolvimentista, fruto do contexto histórico do pós-Segunda Guerra²⁰, foi disseminado na América Latina e se expressou no Brasil principalmente a partir do governo de Juscelino Kubitschek, em 1956, que determinou “opções econômicas comprometidas com a internacionalização da economia, a inovação tecnológica, a produção em larga escala e a competitividade dos produtos no mercado externo” (RUELA, 2013, p. 43).

Contudo, Ramos (2014b), a partir dos estudos de Ruy Mauro Marini, Florestan Fernandes, Otávio Ianni e Carlos Nelson Coutinho, vai dizer que “a modernização tecnológica no Brasil foi de origem estrangeira, definida por Florestan Fernandes como uma modernização do arcaico” (RAMOS, 2014b, p. 13). Segundo a autora com base nos estudos de Ianni (1991) o desenvolvimento no Brasil guarda importantes mudanças em três momentos históricos:

Essa análise identifica a existência de uma estratégia de desenvolvimento nacionalista em alguns períodos da história do país, demarcados por Ianni (1991) em 1930-45; 1951-54; 1961-64, quando se tinha como pressuposto implícito o projeto de um capitalismo nacional, como uma única alternativa para o progresso econômico e social. Esse projeto implicaria a crescente nacionalização dos centros de decisão sobre assuntos econômicos. Mas essa estratégia foi vencida pela segunda, de desenvolvimento associado, predominante nos anos de 1946-1950; 1955-60 e desde 1964. Esta continha o projeto de um capitalismo associado como única alternativa para o progresso econômico e social, que implicava o reconhecimento das conveniências e exigências da interdependência das nações capitalistas, sob a hegemonia dos Estados Unidos. (RAMOS, 2014b, p. 18)

²⁰ O ideário desenvolvimentista na América Latina foi resultado de um processo histórico que envolve: as políticas Keynesianas surgidas após a crise da bolsa de Nova York em 1929; o contexto pós-segunda guerra marcado pelo imperialismo norte-americano e as políticas de contenção do avanço do socialismo na URSS e no mundo e acordos internacionais como a Aliança para o Progresso, que demarca essas políticas subsidiadas em especial pelos Estados Unidos na América Latina.

Desse modo, o contexto político-econômico do desenvolvimentismo nos anos 1950 guarda importantes mudanças com relação ao viés nacionalista do primeiro governo Vargas. O Plano de metas do governo JK, o conhecido projeto dos 50 anos em 5, se configurou pela abertura ao capital estrangeiro e a consolidação de um padrão de desenvolvimento associado subordinadamente à burguesia internacional de modo consentido pelas elites nacionais. Desse modo, sintetiza Ramos:

A transição do Governo Vargas para o de Juscelino Kubitschek caracterizou-se pelo abandono de uma política destinada a criar um sistema capitalista nacional em nome de uma política orientada para o desenvolvimento econômico dependente. O Plano de Metas (1956-1960) nos permite ver duas características dos anos JK, a saber: a abertura ao capital estrangeiro por via das multinacionais e da ideologia desenvolvimentista. Forma-se, nesse contexto, uma burguesia industrial brasileira associada, de forma subordinada, à burguesia internacional. O Estado, além de se manter como mediador entre as diversas forças sociais do país, passa também a produzir mercadorias e serviços, principalmente os infraestruturais (RAMOS, 2014b, p. 28).

É nesse contexto que emerge a noção do capital humano, constituída a partir de teóricos americanos com o intuito de difundir um consenso em torno do desenvolvimento e da redução da desigualdade na América Latina diante dos riscos de expansão socialista mediante a experiência da Revolução Cubana em 1959 (FRIGOTTO, 2011 apud RUELA, 2013).

O Capital humano surge assim como perspectiva reducionista da educação a fator de produção e a um suposto desenvolvimento dos países periféricos:

Desta forma, a noção de capital humano tem como objetivo mascarar as relações de exploração capitalista e sua conseqüente desigualdade de condições de vida, ao inculcar a ideia de que os indivíduos tem que investir em sua própria formação para lograr êxito profissional. Neste sentido, a educação passa a ter sua concepção reduzida, atrelada ao desenvolvimento econômico e encarada como outro investimento qualquer, além de explicativa das diferenças de capacidade de trabalho e, conseqüentemente, das diferenças de produtividade e renda (RUELA, 2013, p. 42).

Na esteira do desenvolvimento o capital humano também passa a ser atribuído às ações de saúde, evocando o caráter contraditório do trabalho em saúde na sociedade capitalista, como destaca Frigotto:

O capital humano é função de saúde, conhecimento e atitudes, comportamentos, hábitos, disciplina, ou seja, é expressão de um conjunto de elementos adquiridos, produzidos e que, uma vez adquiridos, *geram a ampliação da capacidade de trabalho* e, portanto, de maior produtividade. [...] O resultado esperado era que nações subdesenvolvidas, que investissem pesadamente em capital humano, entrariam em desenvolvimento e, em seguida, se desenvolveriam. Os indivíduos, por sua vez, que investissem neles mesmos em educação e treinamento, sairiam de um patamar e ascenderiam para outro na escala social (FRIGOTTO, 1997, p.92-93, grifo do autor apud RUELA, 2013, p.41).

Para Ruela (2013) no campo da saúde pública “essas mudanças delinearão uma face desenvolvimentista dos sanitaristas que teve importante papel no processo de criação da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), em 1954” (RUELA, 2013, p. 43). A criação da ENSP contribuiu diretamente com os processos de descentralização da saúde, o que serviu para atender aos propósitos de desenvolvimento do país. E é a partir dessa Escola que se começa a delinear o caráter multidisciplinar da saúde pública sob o marco da Medicina Preventiva.

Nesse sentido, a medicina preventiva, um modelo capitaneado dos Estados Unidos e difundido na América Latina principalmente por meio da OPAS, mas também pelas fundações estadunidenses Kellogg, Rockefeller e Ford, se configurava do seguinte modo:

A Medicina Preventiva, por sua vez, segundo Arouca (2003), emerge como formação discursiva num campo composto por três vertentes: a higiene, ligada à ideologia liberal e ao desenvolvimento do capitalismo; a discussão dos custos de atenção médica nos Estados Unidos nas décadas de 1930 e 1940; e o aparecimento da redefinição das responsabilidades médicas no pós Segunda Guerra Mundial. Para este autor, essas três vertentes estão atreladas à ideologia liberal e produzem uma prática essencialmente normativa que ganha dimensões continentais nas escolas médicas (RUELA, 2013, p. 44).

Segundo este mesmo autor essas instituições promoveram seminários ao longo da década de 1950 cuja principal medida foi à difusão da criação de departamentos de medicina previdenciária (DMP) nas escolas de medicina. O que no Brasil, sua implantação ocorreu somente na década de 1970 com a crise do regime militar, conforme veremos.

Outro aspecto importante da política internacional nos pilares do desenvolvimentismo brasileiro foi a formação da Aliança para o Progresso em 1961, um

programa de ajuda bilateral estadunidense para os países da América Latina, como medida de contenção do socialismo. Essa Aliança reforçou a perspectiva do capital humano para as ações de educação e treinamento de recursos humanos (FRIGOTTO, 1997 apud RUELA, 2013). Nesse lastro a OPAS então, com o intuito de otimizar a relação de custo/benefício das ações de saúde, “viabilizou a criação de mecanismos burocráticos de planejamento de saúde nos ministérios dos países da região e impulsionou a formação de recursos humanos” (RUELA, 2013, p. 46).

Diante dessas mudanças econômicas, sociais e políticas, configurou-se a face desenvolvimentista do movimento sanitário com crítica ao modelo campanhista, ao modelo médico tradicional e biologicista, e enfatizou-se uma concepção de saúde tecnocrática baseada na racionalidade do planejamento (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005 apud RUELA, 2013). Por outro lado, esse processo demandou um maior nível de especialização dos profissionais da saúde sob esse novo viés.

Desenvolvimentismo se expandiu na ditadura militar deflagrando uma maior abertura ao capital estrangeiro, o que também se configurou na saúde com a intensificação da privatização do setor e expansão do complexo médico-industrial. Segundo Ramos (2014), o Estado brasileiro não deixou de ser centralizador e corporativo, pelo contrário, o Estado passa a se definir como “instrumento de acumulação a serviço tanto do capital nacional quanto – e sobretudo – do capital internacional (COUTINHO, 2006., p. 181 apud RAMOS, 2014: 19)

Foi no contexto de crise política da Ditadura Militar deflagrada pela crise econômica no final da década de 1970, que no bojo das políticas sociais que se implementava, principalmente a partir do II PND – Plano Nacional de Desenvolvimento, foi possível o desenvolvimento da Medicina Comunitária. Ruela (2013) nos esclarece que a Reforma Universitária de 1968 empreendida pelo Regime Militar obrigou a existência do Departamento de Medicina Previdenciária nas faculdades de medicina, o que veio a se tornar o lócus de desenvolvimento da Medicina Comunitária e, posteriormente da Atenção Primária em Saúde.

A medicina comunitária também se caracterizou pela perspectiva hegemônica nos Estados Unidos acerca da saúde, se difundindo para América Latina também sob os

marcos da teoria do capital humano e com o aporte da OPAS e OMS, como nos esclarece Donnangelo (1976 apud LIMA, 2010):

A Medicina Comunitária se origina nos Estados Unidos na década de 1960, no bojo de um movimento mais amplo de 'guerra contra a pobreza' dos governos Kennedy e Johnson, se difundindo para as sociedades dependentes com o suporte da OMS e da Opas. A partir desse momento, a pobreza e a marginalidade deixam de ser identificadas ao desvio social e à incapacidade dos indivíduos para serem relacionadas à falta de oportunidades sociais e de participação. Na década de 1970 se difunde na América Latina, resultando em programas experimentais de prestação de serviços que propõem o desenvolvimento de modelos de assistência passíveis de garantir a extensão dos cuidados de saúde a populações pobres, urbanas e rurais, e como forma paralela à organização dominante da assistência médica. Apesar de partir de princípios elaborados pela Medicina Integral e a Medicina Preventiva, se diferencia destas por ser uma estratégia de prestação de serviços à população e não uma estratégia de reorientação do ato médico individual, como as primeiras. (LIMA, 2010, p. 165).

A Medicina Comunitária se institui no Brasil no âmbito do Ministério da Saúde em meados da década de 1970. Este modelo postulou a superação da dicotomia entre o caráter preventivo e curativo da atenção médica por meio de novos modelos de organização dos serviços que tomem como base o cuidado dos grupos sociais ou da comunidade e não dos indivíduos (LIMA, 2010, p. 165). A Medicina Comunitária foi implementada por meio dos programas PIASS e PPREPS, programas de extensão da cobertura da atenção primária voltada para regiões de difícil acesso.

Apesar de ter retomado e ampliado às medidas de saúde pública estagnadas com a medicina previdenciária de caráter privatista, as ações desenvolvidas no âmbito dos programas se mantiveram complementares a saúde privada e limitadas as comunidades atendidas. Mantendo-se, assim, a hegemonia da prática médica curativa. Em síntese a Medicina Comunitária se caracterizou pelo privilegiamento da atenção primária; regionalização e hierarquização dos serviços, ênfase nas patologias que afetam o maior número de pessoas; a formação e utilização de pessoal de nível médio e elementar de perfil polivalente; as equipes multiprofissionais; a integração ensino-serviço; utilização de tecnologias apropriadas e a participação comunitária (RODRIGUES NETO, 1979; TEIXEIRA, 1982 apud LIMA, 2010).

Dentre as críticas ao Modelo apresentadas por Donnangelo (1976) a autora ressalta que houve uma redução do social ou do objeto a ser trabalhado a um espaço

homogêneo circunscrito a comunidade, mascarando outras determinações sociais que perpassam esses espaços. Levando, assim, um falso consenso em torno de uma harmonia social não existente.

Contudo a Medicina Comunitária institucionalizada por meio da PIASS- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento- se caracterizou contra-hegemonicamente como uma experiência fundadora do movimento de Reforma Sanitária, ainda que tenha ficado restrito a áreas de extrema pobreza na região Nordeste. Promoveu dentre outros aspectos a ampliação do conceito de saúde, a reorganização da atenção e o princípio de participação comunitária. E foi no seio desse modelo de atenção que se travou a disputa entre a teoria social da saúde e a perspectiva funcionalista, conforme nos mostra Escorel apud Ruela:

Escorel (1999) identifica três escolas de pensamento atuantes dentro de alguns DMPs, cada uma mais desenvolvida em determinada instituição: a preventivista liberal, a racionalizadora técnica e a “teoria social da saúde”. Esta última, que partia da abordagem histórico-estrutural, materialista marxista, travou uma luta teórica com as outras duas e começou a dar um novo enfoque para a aplicação das ciências sociais no campo da saúde que vinham sendo utilizadas desde as décadas de 1950 e 1960 com um viés da sociologia funcionalista, predominante no mundo acadêmico estadunidense. (RUELA, 2013, p. 51).

Esse processo deflagra um contexto potencialmente radical no final da década de 1970 em diversos países que vinham se mobilizando pela extensão da cobertura de serviços básicos de saúde (HONG, 1998 apud LIMA, 2010). Processo esse, aqui exposto de forma sintetizada, que culminou na Conferência de Alma-Ata em 1978 patrocinada pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef) na antiga URSS. Nessa Conferência os governos participantes ratificaram a proposta da Atenção Primária em Saúde tendo em vista a necessidade de universalização da atenção. Lima (2010) ressalta que o processo de disputa em torno da Atenção Primária em Saúde foi caracterizado por um lado por um caráter com grande potencial de radicalizar a proposta advinda do movimento das lutas anticoloniais e, por outro, pela reação burguesa contrária a proposta que se organizam em torno dos organismos internacionais e instituições privadas do complexo médico-industrial. Sendo assim:

Era um processo potencialmente radical para Hong (2006), porque no bojo das lutas anticoloniais do período a ênfase estava no caráter social do fenômeno saúde-doença, reconhecendo que seus determinantes eram econômicos, políticos e sociais, e no incentivo aos esforços para maior participação popular, não só na definição das políticas de saúde mas como base para “uma luta maior dos marginalizados a favor do seu bem-estar e direitos”. Daí que a estratégia da atenção primária potencialmente ameaçava os grupos de interesses consolidados, tais como “o sistema médico e clínico, as elites e os governos que reclamavam o monopólio sobre o conhecimento e a capacidade de curar”, e mais especificamente os interesses privatistas no setor saúde (HONG, 2006, p. 76 apud LIMA, 2010, p. 168).

Em resposta, os grupos de interesses privatistas na saúde, liderados pela Fundação Rockefeller e pela Fundação Ford, propuseram em seu lugar o conceito de Atenção Primária à Saúde Seletiva (APSS). Com relação a essa contra-proposta que se tornou hegemônica nos países da América Latina, Lima expõe que:

Argumentando que a APS era muito cara e complexa, propuseram com a APSS um número limitado de intervenções técnicas destinadas a reduzir a mortalidade por enfermidades comuns até se estabelecer a atenção integral à saúde. Em outras palavras, justificavam a APSS, alegando que a prioridade eram os grupos de alto risco, aos quais deveriam ser dirigidas ‘intervenções seletivas rentáveis’ e menos ambiciosas do que as medidas de saneamento básico (serviços de abastecimento de água e destino dos dejetos). (LIMA, 2010, p. 169).

No Brasil, o redirecionamento do modelo de atenção para a atenção básica, ocorre principalmente a partir da Norma Operacional Básica de 1996 – NOB 01/96. Nesse contexto eram implementadas a Reforma do Estado realizado no âmbito do MARE- Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Desse modo a concepção de Atenção Primária em Saúde – APS foi permeada de disputas e contradições entre aqueles que defendiam a atenção básica na ótica da atenção primária, ou seja, como um primeiro contato no sentido da coordenação da atenção e para garantia da integralidade. E, por outro lado, a presença de interesses da burguesia de serviços de saúde que reconfigurarão no interior do SUS a relação público-privada com intuito de garantir a participação e financiamento do setor privado nos serviços de saúde.

Ruela (2013) também ressalta que fruto das contradições surgidas no seio do movimento sanitário, as propostas da Atenção Primária não se limitaram a atenção seletiva com vistas principalmente a redução dos custos de atenção à saúde, difundida

por esses organismos. Tendo sido este também o seio de difusão da teoria social da saúde, em contraposição a outras perspectivas presentes²¹. Desse modo “Foi durante o período mais repressivo do autoritarismo no Brasil [...] que se transformou a abordagem dos problemas de saúde e se constituiu a base teórica e ideológica de um pensamento médico-social” (SCOREL, 1999, p.19 apud RUELA, 2013).

Nessa disputa, a NOB instituiu a gestão plena da atenção básica nos municípios que seriam implementada por meio dos PSF – Programa e postos de saúde da Família, e que com a sua implementação começam a ser denominados de ESF – Estratégia de Saúde da Família justamente para desvincular a noção de atenção básica da lógica de verticalidade e transitoriedade e para configurá-la como principal estratégia de transformação do modelo assistencial baseado no hospital e de substituição de práticas de assistência (LIMA, 2010).

Apesar desses esforços, a hegemonia burguesa no interior do Estado provoca o redirecionamento para a participação privada nas ações e serviços de saúde sob a lógica do modelo americano de competição administrada, que abordamos no primeiro item deste capítulo. Com isso explica o autor que a atenção básica não se consolida como porta de entrada do SUS e sofre com os rebatimentos das diretrizes Reforma do Estado para a área da saúde. Afirma Lima com base em outros autores que:

(...) a Atenção Básica não se tornou a porta de entrada do SUS nem conseguiu ganhar em eficiência para resolver os problemas de saúde da população. Ao contrário, a forma como a descentralização foi implementada gerou uma multiplicidade de sistemas municipais de saúde com graus diferenciados entre si quanto à participação das instituições privadas, à provisão de serviços ao SUS e às configurações da rede de serviços. A Estratégia Saúde da Família, em que pesem os impactos positivos em alguns municípios, está longe de transformar o modelo assistencial baseado no hospital. Parece funcionar mais como um ‘programa’ em razão do alto grau de normatização operado pelo MS, além de estar marcada pela instabilidade da força de trabalho devido às formas de contratação precárias e por ser executada de maneira paralela à própria rede de Atenção Básica (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2007 apud LIMA, 2010).

Na ESF o trabalho multiprofissional segundo o MS é formado basicamente pelo médico generalista ou de família, odontólogo, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e o agente comunitário de saúde - ACS têm como objetivos centrais a prestação de

²¹ Escorel (1999) identifica três escolas de pensamento atuantes dentro de alguns DMPs que não aprofundaremos neste estudo.

assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade, em face das necessidades de saúde da população adscrita, destacando-se a perspectiva da família. Para atingir tais objetivos, é requeridos abordagem multidisciplinar, processos diagnósticos de realidade, planejamento das ações e organização horizontal do trabalho, compartilhamento do processo decisório, além do estímulo ao exercício do controle social (BRASIL, 1997).

No entanto diversos estudos sobre o trabalho em equipe no PSF apontam para ainda presente perspectiva biomédica, para taylorização do trabalho, ou seja, parcelamento e hierarquização das ações para condições de trabalhos precários, em que a descentralização favoreceu a participação das instituições privadas e para multiplicidade de tipos de vínculos trabalhistas que fragmentam e fragilizam a organização do trabalho.

Podemos dizer então, que o fato da Atenção Primária em Saúde ter se configurado pelo caráter de política seletiva apregoada pelos organismos internacionais em detrimento da proposta de viés progressista do Movimento Sanitário, caracteriza-se pela hegemonia da burguesia nacional que sob o lastro do capitalismo dependente se associa as perspectivas hegemônicas propagadas principalmente por esses organismos em detrimento das propostas universalizantes e que poderiam configurar uma maior autonomia diante do capital estrangeiro.

No tocante ao surgimento da residência multidisciplinar no período da ditadura militar, Ruela citando Ramos et al (2006) , aponta que o caráter multidisciplinar da residência, surge então a partir do próprio INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, dentro das contradições já apontadas, conforme segue:

a multiprofissionalidade na residência surgiu a partir do Programa de Apoio às Residências de Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública (PAR – MP/MS/SP), criado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1979. O programa aproveitou o Treinamento Avançado em Serviço (TAS), uma experiência da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) que vinha se desenvolvendo com clientela multiprofissional desde 1977. A partir daí, vários programas apoiados pelo PAR dispararam experiências de Residência Multiprofissional. (Ramos et al, 2006: 38 apud RUELA, 2013, p. 56).

O aumento da necessidade de formação de sanitarista se desdobrou na expansão dos cursos de especialização e nas residências de medicina comunitária e social. A perspectiva multidisciplinar difundida por esses cursos é fruto, portanto, de diversas mediações, sendo as principais delas, o contexto de atrelamento da saúde aos fatores de desenvolvimento principalmente por meio do ideário do capital humano, por outro lado, havia também as necessidades de responder a crise política e econômica do regime militar por meio da implementação de políticas sociais, e ainda da fomentação da perspectiva sanitária nos marcos do Movimento de Reforma Sanitária principalmente a partir do surgimento e consolidação das bases do pensamento médico-social e da conformação do campo da saúde coletiva.

Atualmente o contexto em que se inserem as residências multiprofissionais mantém o modelo assistencial baseado no hospital e avança nas formas de privatização do SUS e de precarização do trabalho, tanto no que se refere às condições tanto aos vínculos trabalhistas, além de interesses do mercado na gestão da assistência e na provisão de pesquisas no âmbito dos Hospitais Universitários. Em que pese seu caráter multiprofissional advindo das estratégias de mudança da perspectiva biomédica centrada no ato médico e que atendesse as necessidades de saúde da população, tal como ocorreu com a entrada da Medicina Comunitária, e da criação da Atenção Primária em Saúde, é em um contexto em que, com a reestruturação produtiva na saúde principalmente a partir dos anos 1990, o trabalho multidisciplinar deixa de ser desnecessário e passa a ser útil ao atual padrão produtivo e é incorporado e capturado pelos modelos de gestão do trabalho que se iniciam com a entrada de novas tecnologias.

Neste ponto retomemos a trajetória das residências multiprofissionais em saúde-RMS, desde os movimentos de regulamentação da residência médica até os dias atuais. Partiremos principalmente do ponto de vista das legislações e documentos produzidos pelo Ministério da Saúde e pelo Fórum Nacional de Residentes Multiprofissionais em Saúde, para ao final apontarmos alguns limites e desafios para essa estratégia de formação.

A residência multiprofissional continuou atrelada ao campo da saúde coletiva, mais especificamente ao redesenho tecnoassistencial da atenção básica que se

desenvolve na década de 1990. Em 1993 foi criado o Programa de Saúde da Família que passa a reorientar as ações para a atenção básica de saúde nos municípios, e então este processo passaria a demandar um novo perfil profissional voltado para o trabalho em equipe multidisciplinar. Até que então em 1999 foi criada pelo Ministério da Saúde a residência em Saúde da Família, conforme segue:

Em 1999, o então Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, junto a atores do Movimento Sanitário, articularam-se formando grupos interessados em criar, reavivar e reinventar residências em saúde da família. A proposta, construída em um seminário, era criar um modelo de Residência Multiprofissional, onde embora fossem preservadas as especialidades de cada profissão envolvida, seria criada uma área comum, especialmente vinculada ao pensamento da velha saúde pública, acrescida de valores como a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento (BRASIL, 2006: 07).

Segundo histórico levantado pelo Fórum Nacional de Residentes em Saúde, a partir de 1999, por iniciativa do Ministério da Saúde, começou-se a pensar na expansão de residências multiprofissionais voltadas para a Saúde da Família. Nesse sentido em 2002 foram criadas dezenove residências multiprofissionais na área. Em 2003 foi a Secretaria de Gestão e Educação do Trabalho em Saúde – SGTES, gerida por um grupo que defendia a criação da Política de Educação Permanente em Saúde, instituída em 2004, que apontou a residência como uma das estratégias de formação e consolidação do SUS.

No ano seguinte, residentes de várias partes do país, reunidos no Fórum Social Mundial em Porto Alegre, se mobilizaram para reivindicar a regulamentação do fundo de financiamento das residências multiprofissionais e de área profissional, dando início ao Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS). Neste mesmo ano a Lei Federal nº 11.129/2005, criou a Residência em Área Profissional da Saúde. E a sua regulamentação, pela portaria nº 2.117/2005, instituiu, no âmbito dos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC), a Residência Multiprofissional em Saúde, sob o discurso da formação de profissionais com perfil para atuar no Sistema Único de Saúde.

Observa-se, com isso, que desde 1999 as residências multiprofissionais prosseguiram com crescente financiamento público sem nenhuma regulamentação. O que aponta para os limites e contradições da formação profissional na saúde,

especificamente no âmbito da residência. Essa estratégia de formação parece vir carregada do sentido pedagógico do trabalho, da lógica do aprender fazendo, o que talvez justifique esse atraso, no estabelecimento por parte do MS de diretrizes pedagógicas e regulamentações específicas para este programa.

Para fins de caracterização, o Fórum Nacional de Residentes Multiprofissionais, público alvo da pesquisa empírica, em sua carta de princípios se define como movimento social, e se coloca em defesa do SUS público, estatal, de qualidade e contra o atual processo de privatização. O FNRMS se organiza por meio de coletivos locais, estaduais e regionais de residentes em saúde.

A Residência em área profissional de saúde é definida como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço. É destinada às categorias que integram a área da saúde, com exceção da categoria médica: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 2005a).

Em seus marcos legais a residência visa favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente, em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde. Esta modalidade pressupõe o desenvolvimento de ações para a atenção integral à saúde, em serviços assistenciais da rede pública. Contudo, não localizamos nenhum tipo de mecanismo de monitoramento da SGTES sobre o reaproveitamento ou incorporação no SUS dos profissionais egressos das residências. Ao contrário, o contexto atual em que avançam as Organizações Sociais nos estados e municípios, é bastante desfavorável para esse reaproveitamento, uma vez que os critérios de recrutamento da força de trabalho vem adquirindo parâmetros privatistas que parecem prezar mais pela experiência de trabalho do que pela experiência formativa. Soma-se a este fato que as residências são certificadas como especialização lato sensu, quando na verdade computam além da especialização uma extensa carga horária de trabalho nas unidades.

A SGTES localiza, assim, a residência multiprofissional a partir do seu eixo estruturante da chamada integração ensino-serviço. E seu incentivo à modalidade se justifica na mesma perspectiva das ações de estímulo à mudança dos currículos dos

cursos de graduação em saúde, ou seja, a Secretaria diz pretender formar em larga escala para a “abordagem integral do processo saúde-doença”. O Ministério da Saúde localiza seu apoio dentro do então REFORSUS e confere a esta modalidade a inovação de formar para o trabalho multidisciplinar:

A intrínseca característica da interdisciplinaridade confere caráter inovador aos programas de RMS, demonstrado principalmente por meio da inclusão das catorze categorias profissionais da saúde (Resolução CNS nº 287/ 1998). Este modo de operar a formação 'inter-categorias' visa à formação coletiva inserida no mesmo 'campo' de trabalho sem deixar de priorizar e respeitar os 'núcleos' específicos de saberes de cada profissão (BRASIL, 2006:13).

Conforme observaremos no decorrer deste item as diretrizes pedagógicas da residência não são muito claras, encontramos um material pedagógico mais vasto em outros programas direcionados para o nível superior e para especialização lato sensu, tal qual o PRO- Saúde e o UNA- SUS, que também parte da premissa da necessidade de mudanças nos currículos dos cursos de graduação²³.

A mudança nos currículos remete às Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos das áreas da saúde, aprovada em 2001 pelo Conselho Nacional de Educação. As diretrizes curriculares nacionais são as resultantes da análise dos processos de trabalho aplicados aos sistemas de formação que vem sendo orientados para o desenvolvimento de competências para o desempenho profissional (RAMOS, 2009). Ou seja, as Diretrizes Curriculares seguem pautadas no currículo por competências, que no Brasil, foi adotada pela matriz funcionalista. Nessa matriz “as competências são deduzidas das relações entre resultados e habilidades, conhecimentos e atitudes dos trabalhadores” (RAMOS, 2009, p. 121). As formas de analisar os processos de trabalho que irão resultar na definição das competências estão relacionadas com as formas de avaliação a que serão submetidas. Desse modo os conhecimentos selecionados para compor o currículo são considerados como aqueles em que os estudantes precisam para aplicar em esquemas operatórios, que os façam entender o que significam esses conteúdos e como eles funcionam, facilitando a ação em situações diversas. No

²³ No PRO-SAUDE encontramos nas diretrizes pedagógicas a aprendizagem significativa e a pedagogia das competências que parece convergir para a matriz construtivista, e no UNA-SUS encontramos a abordagem da educação de adultos, com foco no “aprender a aprender” também presente na pedagogia das competências. Em ambos encontramos a diretriz base da educação permanente, que convergem para as análises realizadas neste estudo.

Governo Lula, se manteve a perspectiva das Diretrizes Curriculares Nacionais e foram formulados programas para fortalecer a sua efetivação, tal qual o Pro-Saúde.

Quanto à integração ensino-serviço, veremos no capítulo três a partir da fala dos residentes entrevistados, que de modo geral a estratégia de fomentar essa integração por meio da implementação de programas de residência vem se mostrando irreal. Já que as residências carecem de regulamentação específica e visibilidade dentro da própria universidade. Tal fato se soma ainda ao atual contexto de sucateamento das universidades públicas, principalmente no tocante a insuficiência do corpo docente nos cursos em geral²⁴. Diante desse contexto, o que vem ocorrendo é por um lado uma formação fragmentada entre academia e serviço, o que também reforça certa fragmentação entre teoria e prática, e por outro lado, um debate dentro da própria CNRMS sobre a obrigatoriedade da participação das instituições de ensino superior, alegando essas dificuldades como justificativas para a desobrigação. Revela-se também, as fragilidades na ação intersetorial entre o MEC e o MS junto as Universidades.

Retomando a trajetória da Residência a partir dos relatos do FNRMS, em 2005 ocorre o I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, com a participação dos diferentes atores que compõem o cotidiano das RIMS, como preceptores, tutores, residentes e Controle Social. Neste espaço, as principais discussões que emergiram dos debates foram às estratégias para construção da integralidade na formação, a construção de diretrizes nacionais para as RMS e a composição da CNRMS.

De acordo com o Fórum Nacional de Residentes, no ano de 2006 há uma profícua realização de Seminários Regionais e Estaduais para o posicionamento sobre o II Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, onde surge a proposta de efetivar a criação da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais

²⁴ A questão é potencializada diante do atual contexto de implementação de medidas que vem precarizando e mercantilizando o ensino superior. A principal destas vem sendo a implementação do REUNI- Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais, Decreto n. 6.096/2007. Em razão do tempo da pesquisa não aprofundaremos a análise sobre a referida Reforma. Contudo Ruela (2013) nos fornece a seguinte síntese com base em Leite (2011): “o conjunto das determinações contidas” no REUNI significa, em verdade, não só um exponencial aumento de trabalho para os docentes, mas também uma intensa precarização no seu fazer profissional, uma vez que constitui inúmeras exigências e condicionalidades, todavia com escassos recursos para a sua execução (LEITE, 2011 apud RUELA, 2013, p. 80).

em Saúde (CNRMS), instituída pela Portaria Interministerial n.45 de 2007. A Comissão Nacional se situa no âmbito do Ministério da Educação e Ministério da Saúde, por meio da vinculação ao Departamento de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde (DHR) do MEC e do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde. Ambos os Ministérios compartilham as funções de coordenação e apoio administrativo da Comissão e no financiamento das bolsas de residência.

Segundo carta aberta do Fórum Temático de residências no 9º Congresso da Rede Unida em 2010, depois de sancionada a Lei 11.129, de junho de 2005 foram necessários dois anos de intensa mobilização, com importante participação do Conselho Nacional de Saúde, para que a Portaria Interministerial nº 45 finalmente instituisse a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional. Essa portaria deu legitimidade e regulação participativa às residências em saúde, passando a funcionar a partir de setembro de 2007.

Tal relato reafirma o que ressaltamos anteriormente com relação à ausência de regulamentação que perdurou durante anos. As residências em áreas profissionais não multiprofissionais que já existiam desde a década de 1970 funcionaram até este período sem regulamentação específica por parte do MS e do MEC. As regulamentações eram realizadas internamente nas unidades, e, por outro lado, as normas advindas da CNRMS também geraram muitos conflitos nos Programas para que houvessem as adaptações necessárias, o que não se pode dizer que tenha gerado ganhos positivos ou negativos. Com relação à carga horária, a obrigatoriedade de 60 horas semanais colocada pela SGTES pode ser considerada um retrocesso.

Com o olhar voltado especificamente para as Residências Multiprofissionais, o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, passa a investir de forma mais intensa na criação de novos programas e na ampliação de vagas. Do ponto de vista da fala institucional do Ministério da Saúde (Brasil, 2006), houve um considerável estímulo por parte da SGTES, principalmente a partir de 2005, para que programas multidisciplinares fossem criados incluindo a residência médica, mas que esta integração sofreu forte resistência. A partir da fala da própria Secretaria percebemos os limites colocados para a formação multiprofissional, uma vez que esta formação não incorpora os médicos, perpetuando também esta fragmentação.

A CNRMS - Comissão Nacional de Residência Multiprofissional - entre outras determinações imputa a parceria entre “unidade executora” e “unidade formadora” para a realização dos programas de residência. A instituição formadora é a instituição de Ensino Superior (IES) que oferece o programa de residência em parceria com as instituições executoras, local onde se desenvolverá o maior percentual da carga horária prática do programa de residência²⁵.

Em suas resoluções, o residente deve ser preceptorado por profissional docente-assistencial e cumprir carga-horária de 60hs semanais distribuídas entre 80% sob a forma de atividades práticas e 20% de atividades teóricas ou teórico-práticas (CNRMS, Resolução, n. 3, 2010: pg.01)²⁶.

Nota-se que há uma centralidade do trabalho inserido no cotidiano dos serviços, que somam 80% da carga horária total. Ao passo que há uma centralidade das ações práticas, o que poderia convergir com as atuais perspectivas (neo)pragmáticas no campo da formação profissional em saúde, o que observamos com a pesquisa empírica é que se mantém a desarticulação entre teoria e prática, o que retomaremos no capítulo três. Por outro lado as nomenclaturas unidades formadoras e executoras parecem esvaziar o caráter formativo das unidades de saúde e das atividades de preceptoria fornecida pela mesma e da própria relação teoria-prática.

As atividades práticas são aquelas relacionadas ao treinamento em serviço para a prática profissional, de acordo com as especificidades das áreas de concentração e das áreas profissionais da saúde, obrigatoriamente sob supervisão de docente ou preceptor. As de caráter teórico são aquelas cuja aprendizagem se desenvolve por meio de estudos individuais e em grupo, em que o Residente conta, formalmente, com a orientação de docentes, preceptores ou convidados, visando à aquisição de conhecimentos teóricos e técnicos que possibilitem a elaboração de modelos teórico-práticos. Já as atividades teórico-práticas são aquelas em que se faz a discussão sobre a aplicação do conteúdo teórico em situações práticas, com a orientação de docente,

²⁵ De acordo com as definições elaboradas pela CNRMS a instituição executora não tem que fazer parte da Instituição de Educação Superior- IES. A COREMU pode ter “n” instituições executoras, incluindo o Hospital Universitário da IES, quando houver.

²⁶ Recentemente foram publicadas em resolução as normas de cumprimento do regime de dedicação exclusiva.

preceptor ou convidado, por meio de simulação em laboratórios e em ambientes virtuais de aprendizagem e análise de casos clínicos ou de ações de prática coletiva. Além disto, a resolução aponta a formação mínima de especialista para o corpo “docente-assistencial”.

A Portaria Interministerial nº 45 (hoje revogada pela nº 1077 de 2010) é um marco importante, pois definiu a gestão, diretrizes e funcionamento da residência. Os eixos norteadores lançados por essa Portaria podem ser assim resumidos:

- Cenários de educação em serviço representativos da realidade sócio-epidemiológica do País;
- A concepção ampliada de saúde;
- A política nacional de educação e desenvolvimento no SUS;
- Abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais;
- Estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurada em itinerário de linhas de cuidado de forma a garantir a formação integral e interdisciplinar;
- Integração ensino-serviço-comunidade por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários, promovendo articulação entre ensino, serviço e gestão;
- Integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação do processo de formação em equipe, tendo em vista a necessidade de mudanças no processo de formação, do trabalho e da gestão na saúde;
- Integração com diferentes níveis de formação dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o ensino de educação profissional, graduação e pós graduação na área da saúde;
- Articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a Residência Médica;

- Descentralização e regionalização contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde;
- Monitoramento e avaliação pactuados para garantir que o sistema de avaliação formativa seja dialógico, envolvendo a participação das instituições formadoras, coordenadores de programas, preceptores, tutores, docentes, residentes, gestores, gerentes e o controle social do SUS, considerando a conformação da política, da execução e da avaliação dos resultados;
- E integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e à Gestão do Sistema.

Cabe destacar que a portaria em menção, foi revogada e retomada em 2014 e suscita um importante debate, que permeia as mudanças legislativas dessa formação profissional nos últimos anos, e está presente na fala dos coletivos de residentes, preceptores e coordenadores. A principal questão trata-se da substituição da Portaria Interministerial nº45/2007 pela nº 1.077 publicada em 2009. O processo que originou essa substituição e as modificações dela decorrentes demarcam as mudanças de perspectiva político-pedagógica que vinham até então sendo construída por esses e outros sujeitos junto a CNRMS.

Em 2008, ocorreu o terceiro Seminário das Residências em Saúde, cujo relatório não veio a ser divulgado pela Secretaria Executiva da CNRMS. Apesar das iniciativas da Comissão em realizar capacitações para formação de avaliadores dos programas existentes; do estabelecimento da avaliação como critério para regulamentação e credenciamento desses programas, mediante a criação de câmaras técnicas, em 2009 a Comissão paralisou suas atividades. O que gerou grande insatisfação dos movimentos sociais de residentes, coordenadores e preceptores e entidades envolvidas.

Como agravado, no mesmo ano, foi publicado ofício que substituiu a modalidade de financiamento antes programa para projeto. Como programa o financiamento estava garantido a partir da aprovação para sua implantação, como projeto, o recurso passou a ser direcionado anualmente por meio de edital próprio, sem que fosse garantido para as residências já cadastradas na CNRMS. Ou seja, a cada ano os programas devem se submeter novamente a este edital. Com o financiamento liberado a cada ano, não há

mais a garantia da continuidade do programa, se tornando submetido ao projeto governamental. Esse sistema é consolidado na portaria interministerial nº1007 em 2009 que institui o Programa Nacional de Bolsas para residências multiprofissionais e em área profissional de saúde. Com isso, se percebe mais um limite na formação profissional em saúde que é a atual política de editais, que pode provocar descontinuidades ao atrelar a oferta dos programas a um financiamento volátil.

Ainda, segundo a carta aberta do Fórum Temático de residências no 9º Congresso da Rede Unida (2010), nos dois anos de funcionamento da CNRMS os movimentos sociais e profissionais da saúde vinham conseguindo dialogar com a Comissão através dos seminários e fóruns e havia abertura para construção de uma gestão democrática, “fortalecendo sua conexão com a consolidação do SUS e a democratização da formação em saúde”.

Contudo, os coletivos questionaram que após a paralisação das atividades, a Comissão teve sua composição alterada no ano seguinte por meio da Portaria Interministerial nº1077/2009. Esses sujeitos se manifestaram na época destacando que:

A partir de agosto de 2009, unilateralmente, os Ministérios da Saúde e da Educação deixaram de convocar as reuniões do pleno da Comissão, suspendendo negociações públicas e agravando as tensões e dúvidas em relação à regulamentação, credenciamento e financiamento de atuais e novos programas. Situação agora bastante agravada, uma vez que, no dia 12 de novembro, sem qualquer debate público, os citados Ministérios revogaram a Portaria nº 45, substituindo-a pela Portaria Interministerial nº 1.077. (CARTA DO FÓRUM TEMÁTICO DE RESIDÊNCIAS NO 9º CONGRESSO DA REDE UNIDA, JULHO DE 2010).

O novo texto da Portaria amplia a representação do governo para 58%, aumentando o poder dos Ministérios da Saúde e da Educação. A composição da CNRMS deixa de ser paritária e passa a ser composta mediante indicação do governo por meio de lista tríplice, deslegitimando os fóruns que a compunham (Fórum Nacional de Residentes em Saúde – FNRS, Fórum Nacional de Tutores e Preceptores das Residências Multiprofissional e em Área Profissional em Saúde – FNTF, Fórum Nacional de Coordenadores das Residências Multiprofissional e em Área Profissional em Saúde, Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde – Fentas e Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde – Fnepas).

Esses coletivos também ressaltaram a instituição de um regime presidencialista na Comissão, “contrariando a dinâmica colegiada até então existente e bandeira histórica das lutas pela reforma sanitária”. Onde havia um colegiado gestor, passou a haver uma organização hierárquica.

A partir de então se iniciou uma intensa articulação desses fóruns com o Conselho Nacional de Saúde no intuito de promover uma intervenção diante da ausência de paridade e de potencial deliberativo. Aqui destacamos que as relações de poder por dentro do aparelho do Estado, revelam como que o princípio da educação permanente no seu aspecto de integração entre ensino-serviço-gestão-controle social não é incorporado pela própria Comissão, o que demonstra como que os impasses e limites para a consolidação do SUS devem ser visto também no nível da própria gestão das políticas e das macro relações de poder aí presentes. Nesse contexto o FNRMS ressaltou que a representação de residentes passou a ser por meio de:

Vídeo-conferências via internet restritas aos residentes em HUs convocadas pelos ministérios solicitando indicações de nomes para representação dos residentes, mediado pelos ministérios, fato que nunca havia ocorrido antes, pois o segmento dos residentes, representado pelo FNRS tinha autonomia para decidir seus representantes; o espaço da CNRMS perde a capacidade de disputa ideológica, pois além de não ser paritário, não vem sendo deliberativo, haja vista que há um certo autoritarismo por parte dos representantes de governo que impedem ou submetem a manifestação dos demais representantes; a atual CNRMS não é legitimada pelo fórum por apresentar contradições pertinentes a paridade e a falta de diálogo com os demais movimentos que representam a luta e consolidação das Residências Multiprofissionais (FILHO et al, 2011, p.2).

O contexto apresentado foi permeado de questionamentos sobre a perspectiva dessa nova composição, na condução das residências. Questionamentos esses que se intensificaram com a realização do IV Seminário Nacional de Residência em Saúde e a participação desses sujeitos na construção desse espaço.

Em paralelo a esses questionamentos, assistimos a um avanço no ponto de vista da regulamentação das residências e, a partir de 2008, um acirramento do controle sobre o cumprimento da carga-horária pelo residente. Antes esta se delimitava entre 40 a 60 horas semanais; a partir de uma alteração na portaria nº45, em 2008, passou-se para o cumprimento de 60 horas e, em 2012, determinou-se a dedicação exclusiva (Res. nº 2/2012), o que revela um processo de intensificação do uso da mão de obra do

residente ao mesmo tempo em que havia impedimentos para a participação legítima e democrática deste seguimento na Comissão Nacional. Nesse meandro, soma-se o fato que neste período praticamente não foram realizadas as visitas de responsabilidade da Comissão nas instituições de saúde para monitoramento, avaliação e credenciamento dos programas, apesar do aumento do financiamento de novos programas.

Conforme já ressaltamos, em relação às diretrizes pedagógicas da modalidade, poucas definições foram publicadas, mesmo após nove anos de instituição da residência. A resolução nº3/2010, que dispõe sobre duração e carga-horária dos programas, explicitam os temas a serem abordados nas atividades além do conteúdo específico das áreas. São os “temas relacionados à bioética, à ética profissional, à metodologia científica, à epidemiologia, à estatística, às políticas públicas de saúde e ao Sistema Único de Saúde.”

Destaca-se na resolução mencionada o caráter da avaliação do residente, que deve ser de cunho formativo e somativo, com utilização de instrumentos que contemplem os atributos cognitivos, atitudinais e psicomotores estabelecidos pela Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) da instituição. O residente deve ser avaliado a cada semestre e apresentar uma monografia ou artigo ao final do período de dois anos. Com relação à avaliação, percebemos, então, que há uma predominância das metodologias cognitivas que mereceriam ser aprofundadas.

O Fórum Nacional de Residentes e seus coletivos locais vêm tornando público, desde 2005, as reivindicações de residentes e ex-residentes sobre as condições reais em que são desenvolvidos os programas. Dentre as reivindicações, as que tomam maior vulto são justamente a efetivação dos eixos norteadores que constam na Portaria nº45/2007. Dentre estes, destacam-se a Educação Permanente em Saúde; cenários de prática representativos da realidade sócio-epidemiológica do país; concepção ampliada de saúde; abordagem pedagógica que contemple todos os sujeitos envolvidos; vivências que possibilitem a formação integral e interdisciplinar; integração ensino-serviço-comunidade; integração com diferentes níveis de formação em saúde; descentralização e regionalização; monitoramento e avaliação.

O coletivo reivindicou ainda a revogação da portaria 1077/2009 com retorno da composição anterior da CNRMS, a defesa e a garantia de uma concepção político-pedagógica das residências que contemplem as concepções de educação permanente no SUS, a análise e criticidade junto à realidade social, a formação de/para e com o SUS; bem como um processo de gestão, monitoramento e avaliação dinâmico e integral, que demande a participação de todos os sujeitos no processo de construção das residências; que seja considerado a concepção de que é a mediação do trabalho que possibilita a construção de seres sociais, e que são na trama dos serviços, instituições de ensino e movimento social que se materializam os tensionamentos constitutivos da dinâmica social, determinando assim a relação de produção e reprodução social do trabalho em saúde (FNRMS, 2011, p. 1-2).

Diante desse contexto, percebemos que existiram muitos tensionamentos a respeito da concepção político-pedagógica dessa gestão e da pensada pela primeira composição da CNRMS. Este espaço se tornou distante das aspirações dos movimentos e da concretude dos programas. A gestão da CNRMS passou por outro processo de mudança de gestão e composição em 2014, o que também revela processos de transitoriedade e descontinuidades na implementação de suas resoluções. Desse modo, muitas concepções estão hoje sendo revistas e reformuladas.

Retomando o levantamento realizado por Abib (2012), a comissão organizadora do IV Seminário Nacional de Residências construída em 2010 em meio a muitas disputas e tensionamentos envolvendo de um lado o CNS e os Fóruns de Residentes, de Coordenadores e de Preceptores e Tutores e do outro lado a CNRMS e setores do MEC e MS, começou seus trabalhos em 2011 e conseguiu realizar o evento, esperado e reivindicado desde 2009.

Em 2012 foi instituída a resolução nº2 que delimitam as diretrizes gerais da residência em áreas de saúde e multiprofissionais. A resolução define as “competências” do coordenador, docente, tutor, preceptor e atribuições do “profissional de saúde residente”. Apresentaremos a seguir a função de cada um desses sujeitos. Assim, em seu artigo 12 atribui as seguintes “competências” ao tutor:

I .implementar estratégias pedagógicas que integrem saberes e práticas, promovendo a articulação ensino-serviço, de modo a proporcionar a aquisição

das competências previstas no PP do programa, realizando encontros periódicos com preceptores e residentes com frequência mínima semanal, contemplando todas as áreas envolvidas no programa;

II. organizar, em conjunto com os preceptores, reuniões periódicas para implementação e avaliação do PP;

III. participar do planejamento e implementação das atividades de educação permanente em saúde para os preceptores;

IV. planejar e implementar, junto aos preceptores, equipe de saúde, docentes e residentes, ações voltadas à qualificação dos serviços e desenvolvimento de novas tecnologias para atenção e gestão em saúde;

V. articular a integração dos preceptores e residentes com os respectivos pares de outros programas, incluindo da residência médica, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde;

VI. participar do processo de avaliação dos residentes;

VII. participar da avaliação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;

V. orientar e avaliar os trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU. (CNRMS, Res. nº02, 2012)

O Preceptor é o profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista. Sua função é determinada como supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa. Segundo a Resolução, diferentemente do tutor e do docente, o preceptor deverá, necessariamente, ser da mesma área profissional do residente sob sua supervisão, estando presente no cenário de prática.

A resolução atribui no seu artigo 14 as seguintes “competências” ao preceptor:

I. exercer a função de orientador de referência para o(s) residente(s) no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde;

II. orientar e acompanhar, com suporte do(s) tutor(es) o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas do residente, devendo observar as diretrizes do PP;

III. elaborar, com suporte do(s) tutor(es) e demais preceptores da área de concentração, as escalas de plantões e de férias, acompanhando sua execução;

IV. facilitar a integração do(s) residente(s) com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática;

V. participar junto com o(s) residente(s) e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados a produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para a qualificação do SUS; VI. Identificar dificuldades e problemas de qualificação do(s) residentes(s) relacionadas ao desenvolvimento de atividades práticas de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa (...); VIII. participar da elaboração de relatórios periódicos desenvolvidos pelo(s) residente(s) sob sua supervisão; IX. Proceder, em

conjunto com tutores, a formalização do processo avaliativo do residente, com periodicidade máxima bimestral; X. participar da avaliação da implementação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento (CNRMS, Res. nº02, 2012).

A resolução nº2/2012 determina, ainda, a presença de docentes nos programas. Define-os como sendo os profissionais vinculados às instituições formadoras e executoras que participam do desenvolvimento das atividades teóricas e teórico-práticas previstas no Projeto Pedagógico do Curso. Cabe a esses profissionais no artigo 10º:

- I - articular junto ao tutor mecanismos de estímulo para a participação de preceptores e residentes nas atividades de pesquisa e nos projetos de intervenção;
- II - apoiar a coordenação dos programas na elaboração e execução de projetos de educação permanente em saúde para a equipe de preceptores da instituição executora;
- III - promover a elaboração de projetos de mestrado profissional associados aos programas de residência;
- IV - orientar e avaliar os trabalhos de conclusão do programa, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU. (CNRMS, Res. nº02, 2012).

E, por fim, o coordenador do programa segundo o artigo 8º deve:

- I. fazer cumprir as deliberações da COREMU;
- II. garantir a implementação do programa;
- III. coordenar o processo de auto-avaliação do programa;
- IV. coordenar o processo de análise, atualização e aprovação das alterações do projeto pedagógico junto à COREMU;
- V. constituir e promover a qualificação do corpo de docentes, tutores e preceptores, submetendo-os à aprovação pela COREMU;
- VI. mediar as negociações interinstitucionais para viabilização de ações conjuntas de gestão, ensino, educação, pesquisa e extensão;
- VII. promover a articulação do programa com outros programas de residência em saúde da instituição, incluindo a médica, e com os cursos de graduação e pós-graduação;
- VIII. fomentar a participação dos residentes, tutores e preceptores no desenvolvimento de ações e de projetos interinstitucionais em toda a extensão da rede de atenção e gestão do SUS;
- IX. promover a articulação com as Políticas Nacionais de Educação e da Saúde e com a Política de Educação Permanente em Saúde do seu estado por meio da Comissão de Integração Ensino-Serviço – CIES;
- X. responsabilizar-se pela documentação do programa e atualização de dados junto às instâncias institucionais locais de desenvolvimento do programa e à CNRMS. (CNRMS, Res. nº02, 2012).

Quanto às diretrizes referentes aos Projetos Pedagógicos, o 5º artigo nos incisos IV e V dizem apenas que “deve ser orientado por estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, adotando metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar” e “prever metodologias de integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão na saúde”. Observamos então, que a currículo baseado em competências está presente tanto nas “competências” dos profissionais que compõem a Residência Multiprofissional quanto nas diretrizes para os projetos político-pedagógicos, tal qual observaremos nos programas implementados pela SGTES.

O histórico mais recente presente nas falas²⁸ dos fóruns de residentes e de coordenadores apontam que em função das irregularidades na composição da CNRMS, nos últimos dois anos, esta Comissão permaneceu praticamente inoperante, até que em 2014, após um Encontro de retomada da organização dos fóruns de residentes, preceptores e coordenadores, que ocorreu em Fortaleza e a uma grande mobilização dos residentes no Congresso da Rede Unida, foi promovido pelo atual Ministro da Saúde, a Portaria Interministerial nº34/2014, que nomeou provisoriamente os membros da Comissão, retomando a composição da Portaria 1047/2007²⁹.

Esses sujeitos destacam três principais demandas dessa atual Comissão: a certificação dos programas; os GTs para encaminhar denúncias recebidas e para organizar o V Seminário Nacional de Residência Multiprofissional e, a terceira, de convalidação das ações paralisadas nos últimos dois anos.

Com relação à demanda de certificação, destaca-se uma polêmica introduzida no IV Seminário, que se refere a aprovação da não obrigatoriedade de vinculação das unidades de saúde com as chamadas Organizações de Ensino Superior- O.Es. Esta

²⁸ Esses dados foram obtidos nas apresentações do V Encontro de Residências em Saúde do Estado do Rio de Janeiro, ocorrido em agosto de 2014.

²⁹ Destaca-se, porém, que nesta nova composição os fóruns denunciam que não foi possível garantir a presença de representantes do fórum de preceptores, e que esta participação vem ocorrendo apenas de modo informal, ou seja, sem direito a voto.

proposição se justificou pelo grande número de programas sem certificação, além de levantarem alguns questionamentos com relação a participação das O.Es, tal como o não reconhecimento da carga horária dos docentes pela Universidades. Deflagrando, então, um processo em que a Residência se distancia da diretriz da própria SGTES quanto a integração ensino-serviço.

Outro dado importante da atual Comissão, segundo a fala do representante do Fórum de residentes, é a discussão iniciada a respeito da revisão carga horária de 60 horas semanais. Recentemente já foi aprovado que o conteúdo de 20% antes destinado para atividades ditas teóricas ou teórico-práticas, serão apenas teóricas, e que as demais deverão estar inclusas na grade restante. A nova correlação de forças internas na Comissão Nacional parece, assim, iniciar um processo de atenuar o trabalho extensivo dos residentes.

Diante do exposto corroboramos com Abib (2012), quando destaca:

como o pouco estímulo à interdisciplinaridade e ao trabalho multiprofissional, reproduzindo a lógica uniprofissional “procedimento-especializada”. Os programas espalhados pelo país também apresentam discrepâncias na distribuição das 60 horas semanais, reforçando a precarização do trabalho e da formação do residente, que acaba por trabalhar mais do que as 44 horas previstas na legislação trabalhista (...) Pelos relatos dos profissionais, verificamos a desvalorização dos preceptores e tutores, por falta de financiamento para esses e também falta de reconhecimento de suas atividades na Residência. Por fim, ainda enfrentamos uma realidade dura e que contrasta inclusive com os pressupostos básicos da RIMS, desde a criação do SUS, que são os residentes – financiados com dinheiro público para atuarem no serviço público - trabalhando para o setor privado ora para “completarem” a carga horária, ora para preencherem os “buracos” dos convênios.

Para nós é imprescindível que a concepção pedagógica dos programas não deixe a questão saúde despolitizada, focada somente nos núcleos profissionais e que também proporcione ao residente a vivência de co-gestão da Residência, como ator ativo na construção do processo de formação. É necessário que o termo “Integrada” não permaneça somente no papel, mas que seja uma realidade no cotidiano (ABIB, 2012, p. 39).

Por fim, destacamos alguns aspectos que serão aprofundados ao longo desse trabalho. No contexto de hegemonia da pedagogia das competências, a residência que historicamente é organizada de modo centrado na dimensão prática é expandida em termos de alcance e a perspectiva das competências passa a figurar nas suas resoluções conforme vimos.

Soma-se a este contexto, o processo crescente de privatização do SUS por meio principalmente do repasse da gestão das unidades a burguesia de serviços de saúde, o que também avança nos Hospitais Universitários com a implementação das EBSEH's. Este processo vem indicando a intensificação do trabalho já extenso do residente e sobreposição do uso de sua mão-de-obra nas unidades à formação a que este deveria está submetido. Tudo leva a indicar uma (des)formação do perfil do profissional de saúde voltado as diretrizes mercantilistas no campo do trabalho, que conforme vimos nos relatos da FNRMS não se realiza sem resistências e contradições.

Por fim, a residência se insere em uma conjuntura político pedagógico em que a formação profissional se volta para os atributos individuais do trabalhador, para as práticas cognitivas adquiridas na experiência na perspectiva do “saber-fazer”. Desse modo a dimensão prática ganha centralidade e passam a ordenar a dimensão teórica tanto na formulação do currículo quanto na avaliação por desempenho. Por esta razão veremos no próximo capítulo a concepção contra-hegemônica da educação politécnica no âmbito da pedagogia histórico-crítica e da práxis como princípio filosófico, que nos mostram outra articulação entre o fazer e a apropriação da ciência ou entre teoria e prática.

2 A CONCEPÇÃO PEDAGÓGICA ORIENTADORA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: UM MOSAICO TEÓRICO E EMPÍRICO?

Analisar a concepção pedagógica que orienta a residência multiprofissional requer pensarmos o contexto político pedagógico em que os programas se inserem e quais são as perspectivas e conceitos estruturantes norteadores da formação profissional a partir do governo Lula. Compreendemos que a concepção pedagógica da residência multiprofissional não está claramente “dada”, mas se relaciona intrinsecamente com este contexto. Portanto requer compreendermos quais são as mediações entre o que aqui chamamos de herança da formação biomédica com os aportes pedagógicos atuais e quais são suas interfaces com o processo de reestruturação produtiva na saúde.

Posteriormente realizaremos um resgate de como se constituiu o princípio educativo do trabalho na saúde, as disputas de concepções que se constituíram historicamente que ainda hoje estão em voga, para então apontarmos diferentes matizes presentes em um modelo que tem no trabalho profissional especializado o centro da sua proposta de formação.

2.1 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: conceitos estruturantes

Conforme abordamos anteriormente, a eleição de Luís Inácio Lula da Silva em 2002 gerou uma grande expectativa quanto aos grandes déficits históricos relativos a questões dos recursos humanos em saúde, bem como da superação da fragmentação existente dos programas e projetos na área. Dentre as novas secretarias do primeiro mandato do governo Lula, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde ficou encarregada das questões relativas à gestão, capacitação e formação de recursos humanos. Para tanto, a SGTES é composta por dois departamentos:

Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), onde se localiza a CNRMS, e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS). Ao primeiro cabe propor e formular as políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde nos níveis técnico e superior do SUS. O segundo departamento trata das relações de trabalho e se baseia na concepção de que a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e a eficiência do SUS.

Trataremos neste tópico da perspectiva política desta Secretaria e da Política de Educação Permanente (PNEPS) tal como foi institucionalizada pela mesma, considerando essa Política como o primeiro eixo norteador de suas ações, a fim de traçarmos um panorama de onde se localizam e como se desenvolvem as residências multiprofissionais, destacando as nuances e contradições advindas deste processo. Deter-nos-emos, desse modo, na Política de Educação Permanente, apenas como um indicador das concepções presentes no âmbito da SGTES quanto à formação profissional na saúde, para identificarmos de que modo particular, se e como essas concepções se conjugam ou atravessam a residência multiprofissional.

Conforme afirma Chinelli et alii (2011) vários autores apontam que a criação desta secretaria representou significativo avanço no sentido da estruturação de uma política que articulasse, em sua concepção, trabalho e educação. “Até então a formação e as relações de trabalho dos trabalhadores em saúde encontrava-se afeitas à Coordenação de Políticas de Recursos Humanos”. Contudo, o que se percebeu foi que na busca por essa nova reorientação, os gestores se depararam com diversas nuances que acabaram, muitas vezes, por subordinar os conceitos de trabalho e educação à noção contemporânea de gestão, como veremos adiante.

A SGTES, desde 2003, vem implantando alguns projetos de formação para graduação e pós-graduação. Estes são voltados principalmente para a mudança curricular de graduação e cursos de especialização e capacitação de pessoal. Desde a criação do DEGES, os programas desenvolvidos foram: primeiramente a própria PNEPS; o Projeto de Vivenciais e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS Brasil), que propunha vivência em regime de “imersão” por 15 a 20 dias de vivência e estágio em unidades de saúde municipais (atualmente este projeto não está mais sendo

desenvolvido); O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), que visa a aproximação entre a formação de graduação e as necessidades da atenção básica, exclusivamente pela Estratégia de Saúde da Família; O Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET Saúde), com atuação em três áreas: Saúde da Família, Vigilância em Saúde e Saúde Mental, sendo este mais um programa que busca a integração ensino-serviço e conta com a figura do professor tutor e do profissional de serviço na função de preceptor dos alunos (a ideia principal deste programa é a troca de experiências nos serviços com a academia, que por intermédio desses sujeitos, possam provocar mudança na formação e nos serviços); as capacitações e/ou especializações de trabalhadores do SUS; o Programa Nacional de Telessaúde, voltado para profissionais do Programa Estratégia Saúde da Família - ESF, basicamente realizados por meio de teleconferências; o Programa Nacional de Apoio a Formação Médica – PRÓ-RESIDÊNCIA, como resultado da realização da Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde, em 2007, que visa estabelecer as diretrizes de formação na área e está voltado para formação de médicos especialistas em áreas prioritárias do Ministério da Saúde - MS; Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) como resultado da parceria da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o MS, criada em 2008, como mais uma modalidade de educação à distância, em cursos de especialização em Saúde da Família para trabalhadores do SUS e capacitação gerencial para profissionais da saúde; e, finalmente, os programas de residência multiprofissionais e em áreas profissionais da saúde, que desde 2010 recebe um investimento mais programático e expansivo. Segundo informações divulgadas pelo Instituto de Medicina Social - IMS, em 2012, do total de 499 bolsas, 48 foram destinados a programas uniprofissionais e 451 aos programas multiprofissionais.

No ano passado os Ministérios da Educação e Saúde disponibilizam para a residência multiprofissional em saúde 2.875 bolsas, segundo fala do atual Ministro da Saúde no Congresso da Rede Unida no mesmo ano. Com relação aos números de programas implementados em unidade de saúde, somam-se 969, sendo apenas 71 na região Norte, 205 no Nordeste, 119 no Centro Oeste, e as regiões que concentram maior número de bolsas são 372 programas no Sudeste, seguida da região Sul, com 202 bolsas.

A concepção da formação profissional na saúde passou por mudanças no decorrer da última década. A principal mudança foi introduzida a partir da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde- PNEPS, que compreende a educação permanente como o espaço de aprendizagem que se estabelece no seio da prática profissional em saúde, onde ocorre a geração de conhecimento necessário para reorientação dessa prática. Como dissemos, essa política é produto da criação da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que expressou a prioridade dada no primeiro mandato do Governo Lula às políticas de formação e gestão do trabalho em saúde. Introduziu-se, desse modo um alargamento da tradicional área de recursos humanos com a integração entre os eixos da gestão e qualificação do trabalho no SUS. (VIEIRA, 2008) O conceito da educação permanente é uma das novas diretrizes apontadas pela SGTES, que inaugura a PNEPS como forma de integrar todas as iniciativas até então existentes e que finalmente articulasse os eixos educação e saúde.

O objetivo central dessa proposta é a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. Observa-se, primeiramente, que os parâmetros para realização da Política não menciona as necessidades de saúde dos profissionais na sua relação com o espaço de trabalho, ou a atual situação de vínculo e permanência desses trabalhadores nesse campo. Contudo, a educação permanente é apontada como uma importante estratégia de mudança do Sistema Único, “uma estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor de saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p. 1).

O pressuposto pedagógico presente na EPS se volta para a chamada aprendizagem significativa, que vincula o aprendizado a elementos que façam sentido para os sujeitos envolvidos, de modo que os processos de capacitação sejam estruturados a partir da problematização dos processos de trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). “Desloca-se, então, da dimensão tecno-científica para a dimensão do local, do específico e do cotidiano do trabalho” (CECCIM, 2004; 2005).

A implementação dessa Política aponta o desenvolvimento de ações em diversos âmbitos: da formação técnica, de graduação e de pós-graduação; da organização do trabalho; da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde; e do controle social neste setor. No entanto, segundo, resultados de pesquisa divulgada por Chinelli et alii (2011), do Observatório dos Técnicos em Saúde (2006) que analisou os projetos de EPS aprovados pelo Ministério da Saúde entre 2004 e 2005, a maioria das ações propunha cursos predominantemente de curta duração (com carga horária de até 60 horas) e eventos educativos esporádicos, tais como oficinas, fóruns etc.

Partindo da apresentação da PNEPS, destacaremos alguns aspectos para compreendermos seu contexto e suas concepções. Para tanto, nos remeteremos às análises de Ramos (2010) e Vieira et alii (2006), consideradas de suma importância no debate acerca dessa política.

Ainda em meados da década de 1980 Vieira et alii (2006) resgata que houve uma disseminação pela OPAS na América Latina sobre a necessidade de reorientação do pessoal de saúde, em função dos condicionantes macroeconômicos da crise na saúde da região. A partir de então, há uma crítica a então chamada “educação continuada”. O que se revela a necessidade, por trás do discurso de descentralização e organização de sistemas locais, em implementar as orientações de corte neoliberais na saúde. Sobre este dado concorda Ramos (2010) que a despeito dos rebatimentos da crise do Estado de Bem-Estar Social e do avanço da agenda neoliberal, essa organização promoveu orientações centradas na gestão e formação dos trabalhadores, com foco nas metodologias pedagógicas a serem utilizadas.

Resultante das críticas à educação continuada nesse contexto, o conceito de educação permanente foi apropriado no campo da saúde ao ser lançada pela OPAS/OMS. Começou-se a conceber o conceito de educação continuada como um limitador dos processos de formação profissional na área. Isto porque, em termos políticos-pedagógicos, este conceito pressupunha que a teoria antevinha a prática e a condicionaria, já que se tratava de processos formativos hierarquizados, fragmentado e centrado no saber do professor. Como afirma Vieira et alii “A educação continuada foi criticada por sua lógica parcelada e verticalizada, com fraca relação teoria-prática,

desvinculada das necessidades de saúde voltadas a profissões hegemônicas”. A contraposição foi então formulada sob o nome de “educação permanente”.

A proposta de educação permanente da Opas/OMS faz parte também do conjunto de orientações para a descentralização e a organização de sistemas locais de saúde (Silos). Segundo Vieira et alii a proposta de descentralização revela um duplo caráter que, por um lado, se relacionam com as orientações neoliberais para se contrapor a uma suposta ineficiência do Estado, e por outro lado, a medida veio acompanhada de um “novo comunitarismo”, a fim de agregar a participação da comunidade e de instituições, sejam privadas ou não, na resolução de problemas locais.

Nessa direção, Abib (2012) alerta para a permanente disputa em que se encontram os conceitos, uma vez condicionados histórico e socialmente. Assim, para além de uma compreensão crítica em termos estritamente conceituais, é preciso “buscar captar que materialidade pretendem definir/constituir com a difusão de determinadas ideologias” (ABIB, 2012, p. 63).

O campo da saúde é, pois, um terreno profícuo para difusão de ideologias que arrematam para o trabalhador um papel deslocado dos condicionantes macroestruturais da política. Tal como afirma Vieira et alii (2008), o processo de trabalho em saúde é atravessado por uma forte imprevisibilidade, característica que é em grande parte decorrente do objeto de trabalho ser a própria vida humana. Em função da sua complexidade, a introdução de novas tecnologias não substitui a mão-de-obra humana, o que demanda maiores investimentos na qualificação da força de trabalho neste campo.

Diante deste contexto, a OPAS difunde o conceito de educação permanente em saúde com a justificativa de que somente a aprendizagem significativa seria capaz de gerar a adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano. Emergem nesse contexto a integração ensino - serviço - gestão - controle social”. (CECIM; BILIBIO, 2002 apud RAMOS, 2010), ao que passou a se chamar de “quadrilátero da formação” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004 apud RAMOS, 2010).

No Brasil, a eleição de Luís Inácio Lula da Silva, em virtude do envolvimento de membros oriundos do Movimento de Reforma Sanitária nos escalões de governo da

saúde, suscitou grande expectativa quanto à retomada da agenda deste Movimento e da esperada consolidação do SUS. Como ressalta Ramos, este processo foi também aqui visto no nível das microrrelações de poder, de tal modo que “os princípios de gestão, a formação e a atuação dos trabalhadores da saúde tornam-se mediações fundamentais, muito mais que os determinantes macro-estruturais e políticos” (RAMOS, 2010, p. 66). A consolidação do SUS, então, passaria a ser de tal modo pensada, para que os sujeitos sociais se tornassem capazes de efetivar as mudanças propostas. Todo esse contexto proporciona as condições necessárias para a formulação da Política de Educação Permanente no Brasil. Em síntese, a crise na saúde tende a ser tratada como um problema de formação profissional e gestão. Tanto Vieira et alii quanto Ramos concordam que tal processo subestima as relações sociais de produção e sobrevaloriza o trabalho vivo.

Em outra perspectiva a educação permanente visa promover transformações nas práticas profissionais, por meio do diálogo e da problematização no âmbito concreto do trabalho de cada equipe. O eixo da educação permanente em saúde é então “produzir novos pactos e novos acordos coletivos de trabalho no SUS. Seu foco seriam os processos de trabalho (atenção, gestão, controle social); seu “alvo”, as respectivas equipes; e seu lócus de operação, os coletivos” (RAMOS, 2010: 71).

Quanto às referências teóricas presentes na Educação Permanente, Vieira et alii localizam o pensamento de Campos (2003) e de Merhy (2002). As autoras identificam em Merhy o “método da roda” e de Campos o conceito de “tecnologias de saúde”. Ambos possibilitam concluir que tendências neoliberais não são limitadoras das nos processos de trabalho. Sendo assim:

Ainda que reconheçam os efeitos das tendências neoliberais na saúde, esses autores, por diferentes caminhos, concluem que essas não são limitadoras das mudanças, desde que os trabalhadores desenvolvam uma identidade com o cuidado, reconhecendo-se como sujeito de um coletivo. As mudanças empreendidas por eles em seu processo de trabalho potencializariam mudanças sociais mais amplas (RAMOS, 2010: 67).

Considerando que o processo de trabalho em saúde se insere em uma realidade histórica, que é contraditória e está em constante transformação, não se pode tomar exclusivamente os determinantes técnicos, operacionais e organizacionais do processo

de trabalho, mas devem-se considerar as mediações de ordem econômico-produtiva, físico-ambiental, sócio-histórica, cultural e política, tal como nos diz Ramos (2003). Nessa realidade condicionada por múltiplas determinações, os trabalhadores (e usuários dos serviços públicos) são uma particularidade. Os profissionais se inserem e constroem relações de trabalho complexas e contraditórias, no bojo das especificidades das relações capitalistas de produção e reprodução do capital.

Compreender em que contexto emerge as correntes teóricas e discursos que enfatizam o processo de trabalho como central para a formação profissional na saúde, que começam a se diferenciar da proposta inicialmente formulada no seio do Movimento de Reforma Sanitária que visava uma formação que abrangesse a própria formulação e implementação da política ou a integração entre as dimensões técnicas e ético-políticas, clareia a percepção sobre em que contexto se insere a SGTES e, particularmente a PNEPS. Ramos (2010) ressalta que esta centralidade tende a ocorrer com mais frequência nos anos 2000, quando as perspectivas das microanálises das Ciências Humanas e Sociais adquirem maior força no Brasil, ao lado da negação das grandes narrativas, dentre elas o marxismo, que busca compreender os fenômenos pela relação parte-totalidade e pela determinação entre base econômica e superestrutura político-ideológico-cultural.

Em termos pedagógicos, a PNEPS aponta como referência a aprendizagem significativa. Partimos ainda da análise de Ramos (2010) que realizou um levantamento bibliográfico sobre o conceito, desmembrando suas vertentes na saúde, sua possível aproximação com o modelo de competências, e, conseqüentemente suas diversas implicações na educação permanente em saúde em tempos de pós-reestruturação produtiva. Além disto, damos continuidade às análises baseadas no relatório de pesquisa sobre a referida Política de Vieira et alii. Deter-nos-emos aqui, de modo resumido, nesse extenso debate, focando os aspectos que consideramos mais relevantes para o olhar sobre a residência multiprofissional.

Ramos (2010) conclui em sua análise que o referencial epistemológico e ético-político da Política de Educação Permanente se aproxima do (neo)pragmatismo e da teoria dos micropoderes. Inicialmente, identifica que na educação permanente em saúde a aprendizagem significativa se apresenta sob duas perspectivas. A primeira

seria a partir da “pedagogia da pergunta” de Paulo Freire “(FREIRE; FAUNDEZ, 1985 apud RAMOS, 2010), com elementos das ideias de John Dewey sobre o pensamento reflexivo; a outra, encontrada em menor medida, está associada aos estudos de David Ausubel” (RAMOS, 2010, p. 74).

De modo resumido, a primeira perspectiva trata-se de uma apropriação da ideia de problematização de Freire que parte da pergunta como origem do conhecimento e aposta na relação palavra-ação-reflexão como possibilidade de transformação social. Este referencial pedagógico é observável na educação permanente a partir da ênfase dada à problematização do processo de trabalho, encontrada nos textos de Ceccim e Feuerwerker (2004). Porém, Ceccim (2010) mesmo expõe a diferença quando ressalta que a educação popular de Freire se volta para a cidadania e a educação permanente para o trabalho. Por causa dessas diferenciações é que Ramos analisa a aproximação epistemológica com o pragmatismo deweyano. Aqui, a questão que mais se destaca é a assimilação dos fundamentos ético-políticos de Freire, “centrado na transformação social, ainda que pela consciência crítica produzida pelo diálogo”, pela corrente da micropolítica.

Já com relação à segunda perspectiva, a questão central é que sua matriz é claramente cognitivista. “A aprendizagem significativa implica transformar o significado lógico do material pedagógico em significado psicológico, à medida que esse conteúdo se insere de modo peculiar na sua estrutura cognitiva” de cada indivíduo (RAMOS, 2010, p. 77). Essa concepção nos parece convergir com o modelo de avaliação de residentes proposto pela CNRMS. Vale lembrar qual seja: “de cunho formativo e somativo, com utilização de instrumentos que contemplem os atributos cognitivos, atitudinais e psicomotores”. Contudo, aqui nos deparamos com o limite posto pela ausência de conteúdo que explicita o modelo proposto por parte desta Comissão.

Retomando a perspectiva de Ausubel, para que haja esse vínculo cognitivo é necessária uma atitude pró-ativa do aprendiz. Além disso, Ramos resume que os preceitos por ela estudados seguem os princípios iniciais das teorias cognitivas, “para os quais as pessoas constroem os seus conhecimentos a partir da necessidade de responder a situações” (RAMOS, 2010, p. 78). Isto delimita o critério de verdade de um conceito, que será a sua efetiva capacidade explicativa do real.

A aprendizagem significativa está inserida em um contexto de apologia ao metodologismo e ao cognitivismo, que também se manifesta em conceitos tais como “metodologias ativas”, “desenvolvimento de competências” e “aprender a aprender”. Nesse meandro uma série de autores no campo da saúde vão se apropriar desses referencias apontando como estratégia de superação da pedagogia tradicional ou do modelo de formação de base flexneriano. Mas também podem revelar uma busca de “fundamentação científica para o ideário pedagógico que se espalhou tão rapidamente a partir das reformas educacionais dos anos 1990” (RAMOS, 2010, p. 79).

Um último aspecto da política de educação permanente diz respeito à dimensão da gestão. Neste aspecto, Ramos e Vieira et alii, cada uma tecendo suas respectivas considerações, concordam com uma possibilidade de capturação ao modelo de competências. Ramos identifica que essa dimensão se apóia no método da roda de Campos e na cartografia do trabalho vivo de Merhy. Nessa linha de pensamento, destaca-se o pensamento de Merhy que sublinha que nas organizações de saúde a autonomia profissional “pode ser obtida pelos trabalhadores organizados em equipes no jogo da micropolítica”.

Consideramos haver todo um apelo lançado pelo conceito de integralidade na saúde, do Movimento de Reforma Sanitária, a partir do qual o processo de trabalho em saúde precisa estar aberto a acolher a demanda do usuário. Pode-se conceber que o acolhimento das demandas exigiriam constante repensar sobre a organização do trabalho, bem como as estruturas e normas burocráticas e organizacionais, a fim de se ampliar o acesso do direito à saúde. Essa compreensão, no atual contexto, pode ser capturada pelo conceito de organização qualificante destacado pelas autoras, que é típico do modelo de competência. Isto porque a principal característica deste conceito “é considerar a imprevisibilidade como origem e ocasião de aprendizagem” (RAMOS, 2010, p. 82). Tal conceito, por sua vez converge com a lógica mencionada, já que atuar a partir de e sobre o imprevisível, exigiria competências que se diferenciariam e se sobreporiam àquelas oriundas do conhecimento técnico, profissional e ético-político. Nessa lógica, as competências são consideradas um grande diferencial do trabalhador da saúde.

Esse modelo, então implícito na educação permanente em saúde, se aproximaria, segundo Ramos, não da corrente clássica do funcionalismo, mas da perspectiva construtivista, que pressupõe a ser construída a partir da capacitação e participação coletiva e das modificações no processo de trabalho advindo dessa intervenção em equipe. Nesse sentido esclarece a autora:

Em certa medida, aqui se apresenta um conjunto de ideias encontráveis no método da roda que orienta a realização e o desenvolvimento da educação permanente em saúde na perspectiva da organização qualificante. Vê-se, também, o quanto a qualidade dos serviços é colocada sobre a responsabilidade e a participação dos trabalhadores; sobre o processo de construção de identidades entre eles, os objetivos e os conteúdos do seu trabalho, os princípios do sistema e os usuários (RAMOS, 2010, p. 89).

Concordamos com Vieira e Chinelli (2013) quando diz que o fato de Merhy considerar que o modo de produzir saúde deva estar focado no usuário não pode significar desconsiderar as condições de trabalho historicamente negligenciadas, cuja precarização de suas condições vai mais além que simplesmente uma questão de vínculo trabalhista. Assim sendo, essas políticas acabam por preconizar uma espécie de “altruísmo imanentes que deveriam levá-los a engajar-se em políticas e programas supostamente capazes de reduzir o imenso déficit sanitário do país” (VIEIRA; CHINELLI, 2013, p. 1596).

Retomando o conceito de organização qualificante, cabe enfatizar que esta surge como um modelo de gestão baseada justamente na apropriação do conhecimento técnico do trabalhador, associado à ideia de iniciativa e responsabilidade. Essa perspectiva se associaria principalmente a situações “em que os eventos não são manifestações perturbadoras da normalidade, mas desafios que as empresas ou as equipes se colocam em busca do novo” (RAMOS, 2001, p. 179). Esses eventos são vistos como desafios que precisam ser incorporados pelos trabalhadores. Ou seja, não estariam mais em jogo os procedimentos do trabalho, mas sim, uma adaptação a situações mutantes.

É por esta razão que a noção de competência é forte nesse modelo de gestão. Exigidos a ter determinadas competências, os trabalhadores precisariam passar a “se perguntar sobre o impacto que seus atos profissionais provocariam, direta ou

indiretamente, sobre a maneira de produzir e sobre a vida dos clientes/usuários” (RAMOS, 2010: 82), ao passo que as ações dos trabalhadores teriam que ser direcionadas pela autonomia, responsabilidade e capacidade de comunicação.

Desse modo Ramos (2010) identifica uma forte presença de um modelo de gestão típico da organização qualificante na educação permanente, ainda que não se possa dizer que essa se reduz a aquela. Uma maior ênfase na dimensão da gestão do que na formação é percebida nas propostas de integração ensino-serviços e se torna ainda mais significativa na educação permanente, na qual a formação se torna um propósito e uma consequência da gestão, o que é uma característica também presente na organização qualificante.

Outras similaridades entre a organização qualificante e a educação permanente também são identificadas por Vieira et alii (2006) quando identifica a relação entre esse modelo tal como proposto por Zarifian (1999) e o pensamento de Merhy (2002). A respeito disso Ramos destaca que Vieira et alii identifica a seguinte relação:

Se Zarafian, tratando de organizações industriais, considera que o modelo de produção flexível propicia essa autonomia, Merhy sublinha que, nas organizações de saúde, essa autonomia pode ser obtida pelos trabalhadores organizados em equipes no jogo da micropolítica. Segundo nossa compreensão, é nesse jogo que entrariam as competências dos trabalhadores que Zarafian (1999) define como competências de processo; técnico-performativa; sobre a organização; de serviço e a social (RAMOS, 2010: 84).

Seguindo nessa linha, Deluiz (2001)³⁰ ao abordar o Sistema de Certificação de Competência para o PROFAE em uma assessoria prestada ao Ministério da Saúde, faz uma defesa de determinada apropriação da pedagogia das competências na saúde em face das mudanças no mundo do trabalho a partir da reestruturação produtiva.

A autora parte do modelo alemão de organização qualificante e o amplia na medida em que enfatiza que as competências não são restritas a dimensão técnico-instrumentais, mas também precisam abranger a dimensão política. A competência política então possibilitaria a “compreensão crítica da vida e das relações sociais, da evolução técnico-científica, bem como a compreensão da história, da dinâmica, do conteúdo e das implicações sociais do trabalho humano” (DELUIZ, 1995: 179 apud

³⁰ Texto vinculado pelo então Ministério da Saúde, com caráter formativo destinado ao PROFAE sob o título Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência.

RAMOS, 2001, p. 188). Além da competência política a autora também se diferencia pela formulação da chamada competência social, que seriam saberes que provém da esfera social que são informais e tácitos advindos da vivência concreta do trabalhador apreendido através da experiência subjetiva.

Com base nessa proposta Deluiz (2001) vai elencar que as competências para o trabalho em saúde são de ordem técnicas, organizacionais ou metódicas, comunicativas, sociais, pessoais, competências de cuidado, competências de serviço e por último as competências sócio-políticas. Antes, contudo de descrevê-las, vamos analisar como que a autora compreende o trabalho em saúde a partir das novas requisições advindas das mudanças do mundo do trabalho.

Sobre as referidas mudanças, Deluiz (2001) destaca a nova organização produtiva pautada no trabalho polivalente, integrado, em equipe, com mais flexibilidade e autonomia. Nesse contexto, trata-se de um trabalho onde é preciso diagnosticar, prevenir, antecipar, decidir e interferir em relação a uma dada situação concreta de trabalho. “A natureza deste tipo de trabalho reveste-se da imprevisibilidade das situações, nas quais o trabalhador ou o coletivo de trabalhadores tem que fazer escolhas e opções todo o tempo” (DELUIZ, 2001, p. 8). As novas requisições se voltam, então, as capacidades de diagnóstico e de soluções de problemas, capacidade de iniciativa na tomada de decisões e saber trabalhar em equipe.

Com relação às características do trabalho em saúde nesses moldes ressalta a autora o caráter de imprevisibilidade característico do no setor já que este é marcado pela indeterminação das demandas, pelas discontinuidades e pela necessidade de prontidão no atendimento. O caráter imprevisível demandaria então uma lógica de organização do trabalho mais flexível. Mas, por outro lado, vai ressaltar a autora que a saúde é predominantemente ordenada por uma lógica taylorista/fordista em que imperam a fragmentação no processo de trabalho, a prescrição das tarefas, interna divisão técnica do trabalho com separação entre concepção e execução, com grande número de trabalhador com baixa qualificação e com pouca possibilidade de autonomia no processo de trabalho. Em que pese às pressões advindas das inovações tecnológicas por uma maior qualificação e evocando os preceitos da Reforma Sanitária e organização do SUS, Deluiz vai concluir que a formação dos trabalhadores da saúde

precisa ser voltada “para o paradigma da promoção da saúde (que) aponta para a multisetorialidade, de um lado, e a interdisciplinaridade ou transdisciplinaridade, de outro” (BRASIL/MEC/MS, 1999 apud DELUIZ, 2001).

Assim a imprevisibilidade da saúde associada às novas tecnologias, lê-se via complexo médico-industrial, passam a significar a necessidade de uma visão global sobre o processo de trabalho, que requer principalmente uma ação intersetorial, em conjunto ou em equipe multidisciplinar que vise a um trabalho interdisciplinar ou transdisciplinar com maior liberdade de decisão e autonomia. A chamada “humanização do cuidado na perspectiva do cliente” (DELUIZ, 2001, p. 9), possibilitaria então a participação do trabalhador como sujeitos integrais no mundo do trabalho. E finalmente a “organização qualificante” propiciaria aos profissionais “condições de participação, de diálogo, de negociação e de intervenção, o que implicaria em mudanças nos métodos de ensino e nas estratégias pedagógicas, além de uma redefinição do papel dos docentes”. (DELUIZ, 2001, p. 12)

A competência humana, como denomina a autora, possibilitaria a formação da consciência crítica e ao superar aspectos técnico-instrumentais, incluiria a humanização do cuidado na perspectiva do cliente, e dessa se desdobraria todas as demais competências. Por fim, Deluiz destaca as competências para a área da saúde:

- Competências técnicas, isto é, a capacidade de dominar os conteúdos das tarefas, das regras e dos procedimentos da área específica de trabalho, as habilidades para compreender os processos e lidar com os equipamentos, a capacidade de entender os sistemas e as redes de relações, a capacidade de obter e usar as informações.
- Competências organizacionais ou metódicas, isto é, a capacidade de autoplanejamento, de auto-organização, de estabelecimento de métodos próprios, de gerenciamento de seu tempo e espaço, desenvolvendo a flexibilidade no processo de trabalho.
- Competências comunicativas, como a capacidade de expressão e comunicação com seu grupo, superiores hierárquicos ou subordinados, de cooperação, de trabalho em equipe, desenvolvendo a prática do diálogo, o exercício da negociação e a comunicação interpessoal.
- Competências sociais, isto é, a capacidade de utilizar todos os seus conhecimentos – obtidos em fontes, meios e recursos diferenciados – nas diversas situações encontradas no mundo do trabalho e a capacidade de transferir conhecimentos da vida cotidiana para o ambiente de trabalho e vice-versa.
- Competências pessoais, isto é, a capacidade de assumir a responsabilidade sobre o trabalho, de tomar a iniciativa, de exercer a criatividade, de aprender, de ter abertura às mudanças, de desenvolver auto-

estima, atributos que implicam no envolvimento da subjetividade do indivíduo na organização do trabalho.

- Competências de cuidado, isto é, a capacidade de interagir com o paciente levando em consideração suas necessidades e escolhas, valorizando a autonomia que este tem para assumir sua própria saúde, a partir da concepção de saúde como qualidade de vida.
- Competências de serviço, a capacidade de compreender e se indagar sobre os impactos que seus atos profissionais terão direta ou indiretamente sobre os serviços ou usuários, ou ainda de que forma os destinatários (clientes ou usuários) serão beneficiados.
- Competências sócio-políticas, capacidade de refletir sobre a esfera do mundo do trabalho, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho, de ter autonomia de ação e compromisso social, e de desenvolver o exercício da cidadania (DELUIZ, 2001, p. 14).

A educação permanente, não é orientada pela matriz funcionalista, de que parte Deluiz, na qual se espera que o trabalhador alcance determinada competência previamente estabelecida. Como ressalta Ramos (2010) a matriz construtivista da organização qualificante prefigura a orientação dessa Política (e parece que também de outros programas da SGTES voltados para educação superior). Nessa matriz as competências são definidas a posteriori mediante a participação dos sujeitos da formação na definição dos conteúdos a ensinar, participando na construção e análise do problema. “Se integram progressivamente os problemas (...), o que induz a novas formações que, por sua vez favorecem o enriquecimento de tais situações”. (RAMOS, 2010: 88).

Sobre a proposta de Deluiz afirma Ramos (2009) que o princípio epistemológico do currículo precisa apreender uma perspectiva totalizante do processo de trabalho. Contudo, as múltiplas dimensões e determinações que envolvem os processos de trabalho, bem como a complexidade da ação humana que está em jogo na sua realização, são reduzíveis a metodologias de análise sobre o trabalho em determinado contexto.

Os textos bases dos programas formulados pela SGTES e a análise de Ramos (2010) e de Vieira et alii (2006) sobre a Política de Educação Permanente nos aponta que é nesse contexto político-pedagógico que se insere a política de formação profissional em saúde do Governo Lula. Um contexto em que a nosso ver há um redirecionamento das dimensões ético-políticas da formação profissional lançada pelo

Movimento de Reforma Sanitária para a responsabilização dos trabalhadores pela resolução dos problemas enfrentados no cotidiano do trabalho.

2.2 O princípio Educativo do Trabalho na Saúde: entre a concepção histórico-crítica e o pragmatismo

O Trabalho tem uma dimensão ontocriativa que dele se constitui um princípio formativo ou educativo (FRIGOTTO, 2009). A dimensão ontocriativa pode ser traduzida na expressão o trabalho como princípio educativo. Já a expressão o princípio educativo do trabalho se volta para a dimensão ética em que o trabalho considerado em sua dimensão ontocriativa se concretiza como um direito e um dever comum a todos os seres humanos. Sendo assim, abordaremos primeiramente sentido ontocriativo e ontológico do trabalho, para depois pensarmos sobre suas expressões no campo da saúde.

A dimensão ontocriativa do trabalho parte da concepção em Marx de que o homem, diferentemente dos demais animais, necessita adaptar a natureza a si, na medida em que vai percebendo as suas necessidades. Ele o faz por meio do trabalho. O trabalho, portanto, como ressalta Frigotto (2009), não pode se resumir a atividade laborativa ou a emprego, mas significa a produção de todas as dimensões da vida humana. Isto porque as necessidades dos seres humanos não se resumem, evidentemente, às necessidades biológicas; pelo contrário, são amplas, diversificam-se e modificam-se ao longo da história.

Por esta breve introdução, já podemos delimitar três fundamentais características do trabalho: “por ele, diferenciamo-nos do reino animal; é uma condição necessária ao ser humano em qualquer tempo histórico; e o trabalho assume formas históricas específicas nos diferentes modos de produção da existência humana” (FRIGOTTO, 2009, p. 399).

Marx, em O Capital chama esta especificidade humana de concepção ontológica ou ontocriativa do homem: a ação de criar e recriar pela ação consciente do trabalho

sua própria existência. Ora, o ser humano, ao fazê-lo, projeta objetivos da sua ação. Ou seja, exerce sua capacidade teleológica, de antever os resultados esperados para o atendimento de suas necessidades. Fica evidente que este processo é modificado pelos modos de produção da existência ao longo da história. Portanto, o trabalho profissional é uma resultante dessa historicidade.

Na medida em que o homem vai enfrentando o desafio de mudar as condições em que vive, enfrenta também o desafio de promover sua própria transformação, o que também se inverte de modo recíproco; ele se forma enquanto homem que intervém na sua realidade, e ele faz isso relacionando com outros homens. O trabalho, enquanto meio da relação do homem com a natureza para constituição do seu devir na história, e não na forma alienada, constitui um princípio educativo. Na medida em que, transformando a natureza em meios objetivos de vida ele transforma a si mesmo, e se afirma enquanto sujeito histórico na sociedade. Conforme nos diz Saviani (2003), o homem só se “individualiza no processo histórico e é somente na época moderna, na sociedade capitalista, que surge o indivíduo em contraposição à sociedade” (SAVIANI, 2003, p. 135).

Assim, por exemplo, na sociedade medieval a produção da existência humana girava em torno da propriedade da terra, que constituíam o poder dos senhores feudais e a produção era basicamente agrícola. Com as mudanças no século XV, diz Saviani (2003), o campo passa a se subordinar a cidade, e a agricultura a indústria, e a sociedade vai se delineando na forma urbano-industrial. Muitas mudanças ocorreram na forma do homem se inserir e organizar o processo de trabalho na passagem da produção artesanal para a industrial.

Manacorda (1991) traça o surgimento da expressão omnilateral em Marx para delimitar a passagem do trabalho enquanto formação artesanal pré-capitalista, que demarca ainda um homem limitado do ponto de vista religioso, nacional, político, mas que, uma vez colocado como finalidade da produção, podia afirmar sua limitada personalidade. Em contraposição, o trabalho na ordem capitalista passa a se configurar acessório a máquina; a produção se apresenta como finalidade dos homens e a riqueza como finalidade da produção.

Segundo o autor, a expressão surge em Marx inicialmente nos Manuscritos Econômicos e Filosóficos de 1844, mas seu sentido perpassa toda a sua obra, para transmitir a necessária universalidade das necessidades humanas, do desenvolvimento omnilateral do indivíduo, e, portanto, da superação do homem cindido do capital. Imergido no contexto da produção de Marx, o autor destaca um trecho da obra *Miséria da Filosofia* e questiona “que é a riqueza, uma vez abandonada a limitada forma burguesa? (...) ‘Que é senão a exteriorização absoluta das suas faculdades criativas’?”.

Mas com o advento do modo de produção capitalista na sociedade moderna, a ciência, antes não pensada como de interesse comum, passa a dizer respeito a toda a sociedade, pois se torna convertida em potência material ao ser incorporada ao trabalho socialmente produtivo. Com o conhecimento convertido em meio de produção, toda a contradição inerente ao modo de produção capitalista passa também pelo conhecimento, sua produção e aquisição, o uso privado e privativo deste. Eis então, um tipo de apropriação do trabalho humano, baseado na expropriação do conhecimento.

Na contramão deste processo, nos diz Frigotto (2009, p. 402) que o princípio educativo do trabalho é, ao mesmo tempo, um dever e um direito. “Dever por ser justo que todos colaborem na produção dos bens materiais, culturais e simbólicos, fundamentais à produção da vida humana”. Um direito por ser o ser humano um ser da natureza que necessita estabelecer, por sua ação consciente, as relações aqui já apontadas.

Assim, conclui Frigotto destacando um importante aspecto:

O trabalho como princípio educativo, então, não é, primeiro e sobretudo, uma técnica didática ou metodológica no processo de aprendizagem, mas um princípio ético-político. Realçamos este aspecto, pois é frequente reduzir o trabalho como princípio educativo à ideia didática ou pedagógica do ‘aprender fazendo’ (...) Isto não elide a experiência concreta do trabalho dos jovens e adultos, ou mesmo das crianças, como base sobre a qual se desenvolvem processos pedagógicos ou mesmo atividade prática como método pedagógico, tal como nos mostra Pistrak (1981), na sua obra clássica sobre o trabalho como elemento pedagógico (FRIGOTTO, 2009, p. 402).

Veremos adiante como o trabalho como princípio pedagógico que fala o autor, ou seja o trabalho utilitário cujo conhecimento por ele adquirido se volta apenas para as dimensões contingenciais de, se consolidou no campo da formação profissional em

saúde no Brasil. Cabe, por ora, esclarecer que o trabalho enquanto princípio educativo não se configura, nos diversos processos formativos, isolado ou vinculado parcialmente à teoria. Trata-se de uma unidade indissolúvel teoria-prática, pois a concepção de trabalho constituinte da realidade humana pressupõe isto. A capacidade teleológica do ser humano pressupõe uma dimensão intelectual do trabalho.

A separação entre teoria e prática, como afirma Saviani (2003), é um produto histórico-social, e não é absoluta, mas sim relativa. Por estas razões, no campo do Marxismo, especificamente em Marx e retomado em Gramsci, se concebe a educação como politécnica ou educação tecnológica teórico-prática. O conceito de politecnia, um conceito especialmente utilizado nas discussões em torno da educação escolar, se volta para a superação dessas contradições, que busca a partir da própria sociedade capitalista superar a concepção burguesa de educação.

Com a instauração do modo de produção capitalista, que transformou a produção por cooperação simples do feudalismo à complexa divisão do trabalho na indústria, o conhecimento do todo do processo, bem como do produto do trabalho foi expropriado do trabalhador e devolvido a ele sob a forma parcelada. O trabalhador passa, então, a deter somente o conhecimento parcelado, fragmentado, relativo apenas à parcela do trabalho.

De modo resumido, por meio desta complexificação da divisão do trabalho e a fragmentação do conhecimento, surgem às especialidades profissionais, autônomas, que passam a ser requisitadas pelo mercado de trabalho. Partindo desse modo de apropriação do conhecimento, essas especialidades são marcadas pela cisão entre os que concebem o trabalho, partícipes da classe dominante e os que as executam, e a escola moderna surge de modo a atender esta dicotomia entre o ensino científico-intelectual e o profissional, voltado para os filhos da classe trabalhadora.

O conceito de politecnia ou educação tecnológica, portanto, colocado aqui de modo breve, visa o domínio dos fundamentos científicos das diferentes técnicas produtivas. Como alerta Saviani em diversos textos (2003, 2011), não se trata de uma formação que vise à totalidade das diferentes técnicas fragmentadas, mas sim que se volta para a “conquista de uma capacidade omnilateral baseada, agora, em uma divisão do trabalho voluntária e consciente, envolvendo uma variedade indefinida de ocupações

produtivas em que ciência e trabalho coincidem” (MANACORDA, 1964 apud SAVIANI, 2003), ou seja, a usufruição da liberdade, fruto do trabalho não mais apropriado privadamente.

Em resposta às correntes educacionais que versam sobre a relação teoria e prática no âmbito escolar, Saviani (2008), com base no método dialético de Marx, formula uma proposta pedagógica que acreditamos possível de ser estendida a qualquer nível de formação profissional, justamente por se basear no método histórico-dialético. Ele a sistematiza em cinco etapas.

O ponto de partida seria a prática social, que é comum a professores e alunos. Em seguida, a identificação das principais questões postas por essa prática, e que conhecimento seria necessário para dominá-las, essa etapa é chamada de problematização. O terceiro passo trata-se da apropriação dos instrumentos teóricos e práticos necessários a análise das questões detectadas na prática social. Lembra o autor que isto não se dá de modo tecnicista, mas sim de uma apropriação que se configura na socialização das “ferramentas culturais necessárias à luta social”. O penúltimo passo, diferentemente de outras correntes pedagógicas que apontam para a hipótese como uma etapa da aprendizagem, ocorre um processo de elaboração da nova forma de entendimento daquela prática social. “Chamemos este quarto passo de catarse, entendida na acepção gramsciana de ‘elaboração superior da estrutura a superestrutura na consciência dos homens’” (SAVIANI, 2008, p. 57).

Por fim, o ponto de chegada é o ponto de partida, porém não mais compreendida como antes, mas sim, por intermédio da mediação da análise realizada no processo de ensino, transformada de síncrese em síntese. A compreensão da prática social não será a mesma desde que mude o modo de nos situarmos no seu interior. “A educação, portanto, não transforma de modo direto e imediato e sim de modo indireto e mediato, isto é, agindo sobre os sujeitos da prática” (VÁZQUEZ, 1968 apud SAVIANI, 2008), já que enquanto agentes sociais somos seres constitutivos de prática social.

A formação humana com base no trabalho como princípio educativo, como nos mostra Gramsci (2000a), fornece a possibilidade do desenvolvimento de uma concepção histórica e dialética do mundo, “para a compreensão do movimento e do devir, para a avaliação da soma de esforços e de sacrifícios que o presente custou para

o passado e que o futuro custa ao presente” (GRAMSCI, 2000a, p. 43); ou seja, um presente enquanto síntese que se projeta para o futuro.

Podemos concluir, portanto, que o princípio educativo do trabalho se volta para uma dimensão de integralidade humana que não é possível dentro dos limites da divisão social e técnica do trabalho, que como nos diz Ramos (2004 apud 2010) essa não integralidade perpassa os profissionais de saúde porque está na origem da divisão entre os próprios sujeitos. Ainda com base na autora, uma formação profissional em sua integralidade requer que os conhecimentos ganhem sentido mediante a perspectiva de compreensão do real em sua totalidade, em que o processo do trabalho em saúde é uma mediação particular das relações sociais de produção.

Salientamos no item anterior a preponderância do pragmatismo na formação profissional na saúde, especificamente seus traços na Política de Educação Permanente em Saúde. Pois bem, o pragmatismo é uma corrente da filosofia que identifica a prática como referendo da teoria. Para Vásquez (1977) “seu pragmatismo se põe em evidência, principalmente, em sua concepção de verdade; do fato de nosso conhecimento estar vinculado a necessidades práticas, o pragmatismo infere que o verdadeiro se reduz ao útil” (VÁSQUEZ, 1977, p. 211). Assim, a concepção de prática dessa corrente se limita ao que é útil, e, por consequência, a dimensão teórica da ação humana se dilui naquilo que essa prática individualizante referende como eficaz. O que a torna identificável com o ponto de vista do senso comum.

Essa dimensão do útil corresponde ao interesse individual, ou seja, o verdadeiro é aquilo que para nós é mais vantajoso acreditar, ou aquilo que nos traz êxito, eficácia à ação humana. A utilidade é o fundamento da verdade. A ação humana, a prática, é uma ação subjetiva e individual que visa a seus interesses.

Segundo Ramos (2010) o pragmatismo surge no final do século XIX, e tem como principais idealizadores filósofos norte-americanos. Surge na sociedade americana após a guerra civil, pela separação entre a Igreja e o Estado e pela instauração de uma nova cultura fundada na ciência, na tecnologia e no desenvolvimento. Sua matriz está alçada na dialética hegeliana, justamente porque propõe uma unidade entre sujeito e objeto, porém, se afasta do pensamento de Hegel ao “propor o idealismo prático, que submete a dialética das formas lógicas às situações empíricas” (RAMOS, 2010, p.125).

A união sujeito-objeto, teoria-prática do pragmatismo se contrapõe à metafísica, porque, segundo seus idealizadores, ao invés da existência de uma verdade maior, existiriam várias verdades, que devem ser encontradas na experiência ou na experimentação científica. John Dewey, importante teórico que sintetizou as ideias originárias do pragmatismo, define a concepção de verdade como hipóteses de solução de problemas mediante sua eficiência comprovadamente vivida de modo experiencial ou cognitivo, o que determinaria sua utilidade social e moral.

No campo do marxismo Vásquez (1977) define práxis como atividade teórico-prática. Isto porque “tem um lado ideal, teórico, e um lado material, propriamente prático, com a particularidade de que só artificialmente, por um processo de abstração, podemos separar ou isolar um do outro” (VÁSQUEZ, 1977, p. 241). Para ele práxis é, então, a unidade teoria-prática.

Konder (1992) nos mostra o desenvolvimento do pensamento ocidental, especificamente o modo de se pensar a articulação entre teoria e prática, desde a Grécia Antiga até a ascensão da burguesia ao poder na Europa. Colocado aqui de modo resumido, o autor destaca na Grécia Antiga as influências históricas das ideias de Aristóteles, que delimitou três atividades humanas fundamentais: a *práxis*, a *poiésis* e a *theoria*. Em síntese para o filósofo a práxis significava a atividade ética e política, diferente da atividade produtiva, que era a *poiésis*. Já a *theoria* foi concebida para atender a uma dimensão humana que se voltasse exclusivamente para a busca da verdade, sem que estivesse presa a uma finalidade prática.

O que o autor nos mostra é que a cultura dos séculos a partir da ascensão burguesa estabeleceu três fenômenos, a cisão entre a *theoria* e a *poiésis*, entre a práxis e a *poiésis* e a predominância do ativismo, de viés pragmático, ou seja, da dimensão que os gregos chamavam de *poiésis*, como a atividade de maior importância humana e social. Uma vez que na medida em que a burguesia vai dispondo dos instrumentos fundamentais para estruturar o modo de produção capitalista, o conhecimento “que serve à produção material passa a merecer um apreço que vai deixando de ser dado

aos saberes mais ou menos ‘improdutivos, ligados a atividades economicamente pouco justificáveis’” (KONDER, 1992, p. 102)³¹.

Como é sabida essa valorização das atividades produtivas enquanto produção de objetos materiais, contudo, não ocorria sob a ótica dos que viviam do trabalho. Konder (1992) então conclui que nos horizontes burgueses da cultura liberal era impossível integrar a poíesis com a práxis (no sentido da atividade política ou poder da cidadania). A ideologia dominante implicava o pressuposto que a práxis só podia ser privilégio de uma elite bem preparada, que se resumia na própria classe burguesa. Até então, os trabalhadores não tinham o direito ao exercício do voto. Sendo assim, “coube justamente a Marx promover essa modificação decisiva, esse deslocamento essencial de perspectiva: repensar a relação entre a práxis e a poíesis do ângulo dos trabalhadores” (KONDER, 1992, p. 103).

O autor esclarece que foi nos Manuscritos econômico-filosófico de 1844 que Marx começou a desenvolver uma concepção original de práxis, se diferenciando da concepção iniciada pelos gregos. Contudo é em Teses sobre Feuerbach de 1845 que se apresenta o primeiro esboço dos fundamentos do seu pensamento filosófico “definitivo”. Foi esse pensamento, ressalta Konder citando Lowy (1970), que Gramsci, nos Cadernos do Cárcere, denominou de filosofia da práxis.

Quanto às relações entre teoria e prática, o autor corrobora com a visão de Vásquez. Acrescenta ainda, que segundo Marx, em Teses, a práxis é uma atividade “‘revolucionária’, ‘subversiva’, questionadora e inovadora, ou ainda, numa expressão extremamente sugestiva, ‘crítico-prática’”. (KONDER, 1992, p. 115). Ressalta que é especificamente na segunda das Teses, que Marx sedimenta o desafio de superar dois paradigmas filosóficos em questão na época, os materialistas e os idealistas, de modo que estabelece a recusa definitiva de qualquer separação entre sujeito e objeto.

É esclarecido ainda que na terceira Tese, Marx supera a perspectiva materialista do homem comum como um produto do meio e da educação, na qual para transformá-lo bastariam que homens exercendo um poder exterior a essas condições mudassem esses “fatores”. Konder ressalta que Marx supera a compreensão de um sujeito

³¹ Segundo Konder, em A Riqueza das Nações de Adam Smith fica claro a preferência à poíesis em detrimento da práxis.

consciente exterior as condições sobre a qual se debruçaria a mudar. Em desdobramento dessa reflexão Marx utiliza o conceito de práxis revolucionária para expressar a relação entre o ato de transformar o mundo ao passo que se processa a própria autotransformação do sujeito. Existe para Marx uma conjunção entre modificar condições exteriores e modificar a si mesmo, de forma recíproca e intrínseca.

Vásquez (1977) soma a essa análise que ao longo da história da filosofia houve um predomínio da contraposição entre teoria e prática, na qual de modo geral não se reconhece que a práxis pode enriquecer a teoria. Porém, ressalta que teoria e prática são diferenças relativas que não existem dentro de uma relação que é uma unidade indissolúvel. E nessa relação ambas ganham autonomia relativa e dependência uma em relação à outra, tanto no plano histórico-social quanto nas especificidades das atividades práticas. Tal como ressaltou Gramsci (2000a, p. 52) “não há atividade humana da qual se possa excluir toda intervenção intelectual, não se pode separar o *homo faber* do *homo sapiens*”. Prática, nessa perspectiva, não corresponde, tal como no pragmatismo, à ação subjetiva destinada aos interesses individuais, mas sim como ação material, objetiva e transformadora, “que corresponde a interesses sociais e que, considerada do ponto de vista histórico-social, não é apenas produção de uma realidade material, mas sim criação e desenvolvimento incessantes da realidade humana” (Vásquez, 1977, p 213).

Neste ponto, o marxismo se difere do pragmatismo também no que se considera útil e verdadeiro. O conhecimento útil para o primeiro é o que tem utilidade social, ou seja, aquele que o tendo como base o homem pode transformar a realidade. E esse é o critério de verdade, ou seja, justamente por ser verdadeiro é que o conhecimento será útil. E não o seu inverso, verdadeiro porque é útil. Porque no marxismo não se trata de relativizar a sua utilidade, mas sim de atribuir a uma consequência do critério de verdade. Essa verdade será pensada na prática enquanto potencial de transformação, que só é possível ao considerarmos o conflito e não a melhor adaptação à realidade.

Qual é então, para Vásquez, o lugar da prática na relação com a teoria? A prática assume dois movimentos, o de fonte da teoria e o de sua finalidade. Fonte porque a prática amplia com suas exigências, na relação do homem com o mundo material, o horizonte de problemas e soluções que a teoria precisa atender. Neste

aspecto, podemos nos remeter ao trabalho como princípio educativo, ou seja, a prática como ponto de partida para as necessidades humanas. E finalidade, porque aqui se insere o caráter teleológico do trabalho humano, tal como exposto por Marx na Ideologia Alemã, ou seja, a capacidade de projetar a finalidade de seu trabalho, ou como diz Vásquez, a antecipação ideal de uma prática que ainda não existe. Assim sendo, podemos observar que não há uma teoria que nasça de modo direto e imediato da prática, mas sim de uma relação em que a teoria, partindo desta, se antecipe de modo a poder projetar-se idealmente a uma nova prática. Nas palavras do autor:

A prática é aqui a finalidade que determina a teoria. E, como toda finalidade, essa prática – ou, mais exatamente, esse projeto ou antecipação ideal da prática – só será efetiva com o concurso da teoria. A prática como objetivo da teoria exige um correlacionamento consciente com ela, ou uma consciência da necessidade da prática que deve ser satisfeita com a ajuda da teoria. Por outro lado, a transformação desta em instrumento teórico da práxis exige uma alta consciência dos laços que unem mutuamente a teoria e a prática, sem o que não se poderia entender o significado prático da primeira (VÁSQUEZ, 1977, p. 233)

Em continuidade, a teoria guarda uma relativa autonomia em relação à prática, já que para se projetar uma nova ação, precisa-se antecipar idealmente a esta. Por isto, por mais que haja teorias sem vinculação estrita à prática, esta por si mesma, como produção de finalidades ou de conhecimentos, não transforma a realidade. Ou seja, não se realiza enquanto práxis. Portanto, podemos dizer que a relação entre teoria e prática se estabelece como de mútua dependência.

Assim, resume Vásquez, se a teoria, independentemente de suas consequências práticas, pode mostrar uma autonomia relativa a respeito da prática, esta não existe sem um mínimo de ingredientes teóricos. Quais sejam:

- a) Um conhecimento da realidade que é objeto da transformação;
- b) Um conhecimento dos meios e de sua utilização – da técnica exigida em cada prática – com que se leva a cabo essa transformação;
- c) Um conhecimento da prática acumulada, em forma de teoria que sintetiza ou generaliza a atividade prática na esfera em que ela se realize, posto que o homem só pode transformar o mundo a partir de um determinado nível teórico, ou seja, inserindo sua práxis atual na história teórico-prática correspondente;
- d) Uma atividade finalista, ou antecipação dos resultados objetivos que se pretendem atingir sob a forma de finalidades ou resultados prévios, ideais, com a particularidade de que essas finalidades, para que se possam cumprir sua

função prática, têm de corresponder a necessidades e condições reais, têm de tomar conta da consciência dos homens e contar com os meios adequados para sua realização. (VÁSQUEZ, 1977, p. 240).

Por estas razões é que podemos dizer que é possível superar a prática utilitária, ao contrário do que apregoa o pragmatismo, de modo a transformá-la em princípio educativo; ou seja, inseri-la na práxis. No pensamento pragmático ou do senso comum, a validade do fazer é sua utilidade ou eficácia; ou seja, a eficácia é medida única e exclusivamente pelo conhecimento tácito do trabalhador, o conhecimento adquirido pelo ato de fazer, por meio das experiências de êxito ou fracasso, pelos automatismos ou pela intuição. Nessa perspectiva, a validade do conhecimento a que se recorre para a ação, enquanto fazer profissional é predominantemente as associações com os êxitos ou fracassos de experiências realizadas anteriormente. A motivação prática se restringe às associações pragmáticas do próprio fazer.

A prática profissional precisa então estar orientada em sua dimensão praxiológica. Qual seja, orientada por uma compreensão crítica do real; pelo conhecimento científico enquanto fundamento do trabalho intelectual e pela dimensão teleológica, tal como vimos em Vasquez: o conhecimento que se antecipa idealmente e orienta a ação de modo crítico e consciente, permitindo uma ação planejada.

Ramos (2010) ressalta que o pragmatismo é permeado por uma perspectiva de adaptação da concepção funcional-naturalista do homem, que atribui uma causa biológica aos processos de socialização, de interação do indivíduo com o meio. Por essa perspectiva, esse equilíbrio seria alcançado por meio do amadurecimento de características individuais que proporcionariam o desenvolvimento humano. Atribui-se, assim, grande importância ao desenvolvimento psicológico enquanto desenvolvimento de mecanismos adaptativos do comportamento humano ao meio natural e social. Neste aspecto é que se pode perceber a relação entre os fundamentos psicológicos do modelo de competências e a filosofia pragmatista. “As competências seriam esses mecanismos adaptativos, sendo as competências cognitivas mecanismos de adaptação ao meio natural, enquanto as competências sócio afetivas seriam os mecanismos de adaptação ao meio social” (RAMOS, 2010, p. 132). Esse modelo converge com os preceitos da sociedade liberal burguesa, tal como apontado pela autora:

Tal como discutimos em outro trabalho (Ramos, 2001), o homem naturalista da Biologia e da Psicologia é o homem funcionalista da Sociologia. A sociedade ideal para a construção do equilíbrio social é a liberal, na qual predominam os interesses e as realizações individuais. (...) Nestes termos, a estrutura social torna-se um sistema resultante das ações e das condutas individuais construídas por meio dessa relação de equilíbrio entre essência humana, meio material e meio social (RAMOS, 2010, p. 132).

A perspectiva pragmática na educação segue essa lógica de adaptação, na qual se enfatiza a superação dos problemas e não o seu enfrentamento. Como escreveu Gramsci (2000a), a formação do intelectual precisa consistir em elaborar criticamente a atividade intelectual de modo a modificar a relação com o dito esforço muscular-nervoso, no sentido de um novo equilíbrio que se fundamente na integração entre a atividade prática geral com uma nova concepção de mundo. Trata-se, pois, de formar o profissional não mais voltado apenas para a especialidade, mas para que possa se tornar dirigente “como construtor, organizador, ‘persuasor permanente’, já que não apenas orador puro (...) da técnica-trabalho, chega à técnica-ciência e à concepção humanista histórica, sem a qual permanece ‘especialista’ e não se torna ‘dirigente’” (GRAMSCI, 2000a, p. 53).

Na saúde observamos de acordo com diversas análises (RAMOS, 2010; LIMA; PEREIRA, 2009; LIMA, 2010 e outras) que há historicamente um predomínio do pragmatismo na formação profissional em saúde. Retomaremos esse aspecto também abordado no primeiro capítulo, a partir do surgimento da chamada teoria do capital humano. Lima e Pereira (2009) ressaltam que a partir do final da década de 1950 essa teoria passou a predominar no discurso de organizações internacionais e a exercer forte influência sobre a política educacional na América Latina. A Teoria do capital humano reorientou as ações da Cepal – Comissão Econômica para a América Latina e passou a preconizar no Brasil a partir da década de 1960 ações desenvolvimentistas que visariam a superação do subdesenvolvimento.

A teoria do capital humano vai influenciar fortemente a formação profissional em saúde principalmente de nível médio e técnico, mas também o surgimento da noção dos recursos humanos em saúde na IV Conferência Nacional de Saúde. Essa repercussão ocorreu por meio dos estudos sobre economia da educação e economia da saúde, de matriz neoclássica, que ofereceram o suporte analítico e conceitual para o

desenvolvimento da ideia de que os gastos com setores sociais eram investimentos rentáveis que o Estado deveria assumir como meio de promoção do desenvolvimento econômico. “Nesse sentido os dispêndios em programas de saúde e na melhoria da organização sanitária significavam a promoção da saúde e, conseqüentemente, uma maior produtividade do trabalho” (LIMA; PEREIRA, 2009, p.183). O investimento em educação passa a ser uma contrapartida, uma vez que esta produz o aumento da capacidade de trabalho, e o investimento no setor significaria então o aumento da capacidade de renda das pessoas e da posse de um capital, o capital humano. É no bojo dessa reorientação que surge o termo recursos humano em saúde. Ou seja os recursos humanos qualificados seriam fatores humanos para o desenvolvimento do país com vistas a superação do subdesenvolvimento.

Considerando que como nos mostra os estudos de Florestan Fernandes (2006 apud RAMOS, 2014b) o subdesenvolvimento tem raízes estruturais na conformação da burguesia nacional e no lugar ocupado pelo país na divisão internacional do trabalho, a teoria do capital humano serviu para reduzir a concepção de educação e, por extensão, a formação profissional, a mero fator técnico de produção (Lima e Pereira, 2009) e, por outro lado, a reforçar a conformação e adaptação dos trabalhadores às necessidades do mercado. Nesse sentido ganha força a ideia da formação como treinamento em serviço e a perspectiva pragmática do aprender-fazendo, que historicamente já vinha norteando a formação na saúde, cuja relação entre teoria e prática vinha orientada pela perspectiva positivista. Dentre as conseqüências ressaltadas pelos autores, destacamos que a referida perspectiva contribuiu para:

(...) manter a hegemonia do ideário cientificista e tecnicista na área; incentivar as crenças nas técnicas pedagógicas como instrumentos para resolver problemas da formação técnica e de saúde da população; estabelecer análises lineares e imediatas entre educação e mercado de trabalho em saúde, de modo a adequar a formação às necessidades desse mercado, reduzindo o ensino às tarefas do posto de trabalho. Contribuiu em síntese, para a adaptação e conformação dos trabalhadores ao existente, numa perspectiva economicista, instrumentalista, pragmática e moralizadora (PEREIRA, 2006 apud LIMA; PEREIRA, 2009, p. 185).

É nesse contexto, que nos anos 1970 assistimos a residência médica se expandir em função do avanço do complexo médico industrial, dos avanços

tecnológicos na saúde e da necessidade de crescente especialização que foi acompanhada da fragmentação do ato médico, e, por outro lado, essa modalidade foi sendo incorporada pela Medicina Comunitária. Havia a existência de uma diretriz propagada pela América Latina de que era preciso investir nos setores sociais como fatores propulsores do desenvolvimento econômico e de introduzir mudanças no modelo de atenção que propiciassem a expansão da cobertura. Conforme abordamos no primeiro capítulo esse processo foi permeado de disputas em torno de uma outra concepção de saúde, uma concepção ampliada de saúde.

Nos anos 1980, no bojo do Movimento da Reforma Sanitária, a concepção histórico-crítica da educação permeou a saúde, mas ficaram restrita as discussões e iniciativas na formação profissional de nível médio e técnico. Já abordamos também no primeiro capítulo esse movimento iniciado principalmente pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz. Para Lima e Pereira (2009) foi sendo construída nos anos 80 uma concepção de educação que a recoloca no âmbito das práticas sociais e essa discussão vem atrelada a uma proposta de escola, porque voltada para a formação técnica. Na concepção de escola o “eixo básico centra-se na questão da escola unitária, de formação tecnológica ou politécnica e na necessidade de aprofundamento do sentido e dos desafios de tornar-se o trabalho como princípio educativo” (LIMA; PEREIRA, 2009, p. 185).

Partindo do conceito da educação politécnica, a compreensão acerca da formação profissional em saúde passa a ser o de recuperar a relação entre conhecimento e prática do trabalho. Nesse contexto havia uma compreensão de um conhecimento distanciado da prática e da realidade do SUS, conforme podemos observar na I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde. Na perspectiva do materialismo histórico-dialético a articulação entre conhecimento e prática significa “explicitar como a ciência se converte em potência material no processo de produção de mercadorias, de maneira geral, e nos serviços de saúde, em particular” (LIMA; PEREIRA, 2009, p. 185). Em outros termos essa proposta se traduz, dentre outros aspectos, na necessidade da explicitação da dimensão política e técnica da prática educativa na saúde, da crítica ao positivismo, ao cientificismo e ao tecnicismo, da

defesa do trabalho como princípio educativo e a ideia da qualificação como construção social (CASTRO, 1992; HIRATA, 1994 apud PEREIRA; LIMA, 2009).

Em continuidade, retomamos que nos anos 90, houve um redirecionamento da formação na saúde para a noção de competências. Observamos no primeiro capítulo, que este processo se inicia com a crise do modelo fordista de produção e com o processo de reestruturação produtiva, que em razão das novas tecnologias e da crise do emprego o mercado passa a requerer um “trabalhador flexível”, que se adapte em múltiplas funções e que assuma os riscos produtivos agora desencadeados de forma muito mais complexa e dinâmica. Em paralelo se assistiu a emergência da concepção de sociedade do conhecimento e o perfil de qualificação do trabalhador passa a ser redirecionado para a noção de competências, de forma a se tornar adaptável ao novo padrão e a lógica da empregabilidade.

Na saúde, essa concepção vai se generalizar para quase todas as modalidades de formação. E na formação superior, observamos sua presença nas Diretrizes Curriculares Nacionais – DCNs para as graduações na área da saúde que são formuladas em 2001. Nos objetivos da DCN o Ministério da Educação diz que:

Objetivo das Diretrizes Curriculares: levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2001)³².

Podemos observar na análise sobre a PNEPS que há uma continuidade dessa perspectiva em que se incorpora a pedagogia das competências ao conceito de integralidade da atenção. Com relação ao perfil geral dos atuais programas de formação profissional, se observa uma grande ênfase em programas de formação multiprofissionais voltados principalmente para a atenção básica e privilegiando a vivência ou o trabalho no SUS como mecanismo de articulação entre academia e

³² Figura dentre os documentos consultados para elaboração da DCN, documentos da UNESCO, OPAS e OMS, que mereceriam serem analisados. No que tange ao recorte e tempo de realização deste estudo, cabe por hora ressaltar que, conforme vimos no primeiro capítulo esses Organismos vem difundindo na América Latina diretrizes na formação profissional e na atenção a saúde que fortalecem a lógica e os processos de privatização da saúde.

serviço. Cabe dizer que a necessidade de integração ensino-serviço perpassa a história da formação profissional em saúde bem como o redirecionamento da formação para as necessidades do SUS, contudo, principalmente a partir do Governo Lula diversos programas são formulados, com amplo apoio da OPAS/OMS³³, para que essa integração ocorresse seguindo os preceitos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Para o alcance dessa integração a referida Secretaria elabora uma série de programas em diversos níveis de formação e modalidades, dentre os quais o apoio às residências multiprofissionais. Observa-se como já mencionamos que as estratégias de “ensino em serviço” são privilegiadas em diversos desses programas, especificamente no Pro-Saúde – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, no PET-Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, além das Residências Médicas – PRO-Residência e as multiprofissionais. Evidente que esta é uma estratégia emanada da própria Política de Educação Permanente, que apregoa a centralidade do cotidiano do trabalho na formação.

Queremos com isso ressaltar a diretriz pedagógica em que se busca na aprendizagem significativa de David Asulbel e em uma apropriação da problematização da pedagogia de Paulo Freire, como nos diz Ramos (2010), a saída para superação das formas tradicionais de formação descritas como conteudistas e voltados para interesses estranhos às reais necessidades do SUS. As modalidades de ensino em serviço estão presentes na formação em saúde a longa data, como nos mostra o histórico da residência médica, o que muda no Governo Lula e também no atual governo é o redirecionamento pedagógico dessas estratégias.

O que significa então formar nos serviços ou nos “cenários reais de práticas” tendo em vista esse novo direcionamento pedagógico e o atual processo de reestruturação produtiva na saúde? Poderíamos dizer que vai de encontro da emergência da pedagogia das competências no campo da educação e também de encontro à análise de Ramos (2010). Ou seja, esse aspecto também recai sobre o

³³ Segundo sítio institucional da OPAS no Brasil, atualmente quatro programas implementados pela SGETES contam com apoio desta organização. São eles: o PROFAPS, o PROSAUDE, UNA -SUS e o Telessaúde.

contexto da hegemonia da teoria dos micropoderes no campo da saúde e da emergência do (neo)pragmatismo.

O trabalho no seu sentido pedagógico delimitado pelas correntes pedagógicas em voga é bem exemplificado no PRO-Saúde, Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde³⁴, no qual identificamos um material pedagógico mais vasto que os demais. Segundo o texto base do mesmo, os Ministérios da Saúde e da Educação partem do pressuposto que:

(...) os processos formativos devem considerar o acelerado ritmo de evolução do conhecimento, as mudanças do processo de trabalho em saúde, as transformações nos aspectos demográficos e epidemiológicos, tendo em perspectiva o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social. Espera-se formar cidadãos-profissionais críticos e reflexivos, com conhecimentos, habilidades e atitudes que os tornem aptos a atuarem em um sistema de saúde qualificado e integrado. (BRASIL, 2007, p. 05)

Sobre essa orientação dos processos formativos destacam que:

Na prática, as orientações mais conservadoras tendem a enfatizar a excelência técnica e a formação especializada, enquanto as mais inovadoras buscam instituir competências para saber, saber fazer, saber ser, saber agir na perspectiva de maior equidade no sistema e reconhecem a relevância social (acesso equitativo, abordagem integral, orientação ética, humanística e qualidade de vida) em equilíbrio com a excelência técnica (especialização, alta tecnologia, instalações sofisticadas e supervalorização do saber técnico). (BRASIL, 2007, p. 05).

Observa-se que, com isso, para além da PNEPS o entendimento dos Ministérios da Saúde e Educação parece convergir para o fato de associar o perfil profissional que se quer formar, qual seja um perfil crítico e reflexivo com a pedagogia das competências e seu caráter adaptativo. Logo, no que tange a educação superior, essa perspectiva também se faz presente principalmente a partir da menção da Conferência Mundial sobre Ensino Superior, realizada em Paris pela ONU em 1999, na qual se tratou de privilegiar as competências gerais no ensino superior, argumentando que:

³⁴ O Pro-Saúde é um programa dirigido às graduações em saúde no país elaborado para fortalecer a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais. Os principais eixos do programa são a integração ensino-serviço com ênfase na atenção básica; a integralidade em saúde como eixo reorientador das práticas no processo de formação e qualificação dos profissionais para o SUS; e a reformulação do projeto político-pedagógico dos cursos de graduação baseada nas Diretrizes Curriculares Nacionais.

- os conhecimentos profissionais especializados tornam-se hoje rapidamente mais obsoletos que no passado;
- os campos de competência de várias profissões não são nitidamente delimitados, mas se definem em relação aos conhecimentos de diferentes disciplinas acadêmicas;
- pessoas que aprenderam a ser flexíveis e adquiriram formação geral são consideradas mais aptas a se adaptar a tarefas novas e inesperadas (BRASIL, 2007: 16).

Não cabe neste estudo aprofundarmos a análise sobre o PRO-Saúde, uma análise preliminar poderia apontar que há as mesmas referências pedagógicas presentes na PNEPS, assim como a referência da pedagogia das competências em sua matriz construtivista. Ainda assim, cabe destacar que as concepções institucionais citadas acima reforçam um contexto em que a reestruturação produtiva na saúde vem intensificando a exploração do trabalho como nos mostrou Lima (2010) ao passo que as políticas de formação advogam por perspectivas pedagógicas que pautadas no pragmatismo sobrevalorizam o trabalho vivo em detrimento dos determinantes macro-estruturais (VIEIRA et al., 2006; RAMOS, 2010).

Nesse íterim os programas de formação profissional tendem a valorizar um perfil capaz de atuar sobre os “eventos do processo produtivo” que na saúde são os próprios imprevistos advindos do trabalho com a vida humana. O direcionamento formativo voltado para os atributos individuais do trabalhador, para as práticas cognitivas adquiridas na experiência aliadas as diretrizes produtivas no campo da saúde parece resultar em uma incorporação do trabalho multidisciplinar e da perspectiva interdisciplinar nessa lógica, conforme analisaremos adiante.

Por fim é nesse contexto que se insere as Residências Multiprofissionais, uma formação em serviço de 60 horas semanais com uma predominância nas ações eminentemente práticas. Diante de tudo que expusemos até aqui requer realizarmos o seguinte questionamento: é a residência uma das formas de precarização de emprego da força de trabalho e nesse sentido seria formado para a produtividade e para aprender a lidar com os eventos produtivos do processo de trabalho em saúde mediante a atuação em equipe multiprofissional? Se a resposta for afirmativa, quais são as possibilidades da existência de uma formação voltada para os pressupostos da Reforma Sanitária que possam estar imersas nas contradições? Consideraremos a

pesquisa empírica a seguir para nos aproximarmos dessa questão e da lançada pelo título deste capítulo.

3 A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NA VISÃO DOS RESIDENTES ENTREVISTADOS

3.1 Notas sobre Procedimentos Metodológicos

A finalidade dessa pesquisa empírica é apresentar e analisar as singularidades do grupo de residentes entrevistados, de modo a compreendermos como que, a partir das suas concepções, identificamos as mediações e estratégias de enfrentamento dos residentes diante das particularidades da formação e do trabalho em saúde e das formas como se manifestam as mediações macroestruturais das relações sociais de produção capitalista neste campo. Desse modo, compreendendo o movimento da realidade em uma totalidade concreta, queremos identificar como essas singularidades revelam a si mesmas e ao mesmo tempo suas determinações fundamentais com o todo.

Assim, do ponto de vista metodológico, não buscamos junto ao grupo entrevistado generalidades ou representatividades da residência multiprofissional, mas sim apenas compreender como que a partir dele podemos captar algumas mediações referentes a essa formação e sermos desafiados a pensar outras. Ou, como a pesquisa empírica pode ainda desafiar as hipóteses inicialmente pensadas. Apresentamos a seguir que como no primeiro momento foi pensada a metodologia da pesquisa, em especial a pesquisa empírica, e como seu percurso foi sofrendo e produzindo modificações neste espaço de tempo.

Inicialmente, planejamos entrevistar residentes, preceptores, tutores e coordenadores participantes dos espaços de organização política da residência, ou seja, coletivos regionais e fóruns nacionais. Essa delimitação surgiu da necessidade de um recorte que permitisse o acesso a esses sujeitos, sem, contudo, se restringir a uma unidade de saúde ou programa de residência. Além disso, os sujeitos elencados envolvidos com as disputas políticas internas à modalidade formativa poderiam possibilitar um olhar mais abrangente e talvez mais crítico. Consideramos que a

mediação da experiência nesses espaços poderia proporcionar uma fala em torno de um saber profissional mais consistente e talvez menos individualizado.

Contudo, ao longo da pesquisa, só obtivemos acesso aos residentes. A ida em campo nos espaços organizativos que envolvem os outros sujeitos, bem como contatos realizados por e-mail e pessoalmente, não nos forneceu retorno esperado de acesso para a realização das entrevistas. Sendo assim, foram realizadas entrevistas com doze residentes, em sua maioria inserida no segundo ano dessa formação e participantes do Fórum Nacional de Residentes Multiprofissionais em Saúde, o FNRMS. Dentre esses, seis eram envolvidos com o coletivo local desse Fórum - Coletivo Rio de Residentes – enquanto os demais são contatos realizados diretamente por intermédio do FNRMS e são residentes de diferentes regiões do Brasil (Bahia, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Ceará), que em sua maioria também participam de coletivos locais nas regiões que residem. O caráter multidisciplinar da pesquisa também se evidencia pela formação de graduação desses participantes, sendo assim caracterizado: três residentes psicólogos (as); quatro residentes enfermeiros (as); três assistentes sociais (as); um fisioterapeuta e um formado em educação física³⁵³⁶.

Dos seis entrevistados participantes do Coletivo Rio, e residentes no Rio de Janeiro, quatro entrevistas foram realizadas pessoalmente. E Dois desses entrevistados solicitaram que as entrevistas fossem realizadas via Skype, um programa de teleconferência, e outro por e-mail, por meio do qual foi enviado o questionário com as perguntas. Essa solicitação foi em função da disponibilidade desses dois entrevistados. Já com relação aos outros seis entrevistados que são residentes de outras regiões do país, cinco entrevistas foram realizadas por Skype e uma por e-mail, a pedido do residente. Para fins de resguardo do sigilo dos entrevistados não revelaremos os nomes dos programas nem o nome dos entrevistados.

O FNRMS, conforme descrito no primeiro capítulo, é um espaço de organização política que congrega residentes de todo Brasil e que se organiza por coletivos locais. Esse Fórum elege atualmente quem são os residentes que compõem a Comissão

³⁵ Não descreveremos os programas e as unidades de saúde a que pertencem os entrevistados, a fim de mantermos o sigilo dos mesmos na relação com esses programas, e também porque o objetivo da pesquisa é apreender a percepção deles enquanto residentes participantes do FNRMS.

³⁶ Não foi possível realizar entrevistas com residentes da área de nutrição, fonoaudiologia e odontologia, porque não houve residentes disponíveis a participar que fossem oriundos dessas profissões.

Nacional de Residência Multiprofissional – CNRMS. Conforme apresentamos no mesmo capítulo, essa organização se define como movimento social e se reúne em encontros regionais e nacionais para organização de suas pautas de reivindicação que prefiguram nas conferências regionais e nacionais da CNRMS. O FNRMS também se reúne periodicamente por meio de teleconferências, e-mails e rede sociais.

Entrevistamos ou aplicamos o questionário junto a esse grupo de residentes com o intuito de identificar dimensões das concepções acerca dessa formação, cujas fontes escritas não nos forneceram subsídios para apreender as mediações necessárias do objeto. Os dados foram analisados segundo o recurso metodológico da análise de conteúdo formulada por Bardin (2007).

Segundo Shiroma et alli (2004)³⁷ “a análise de conteúdo tem por finalidade produzir inferências sobre qualquer dos elementos básicos do processo de comunicação; essa é a razão de ser deste método” (SHIROMA et al., 2004, p. 36). O principal pressuposto deste método é que toda mensagem revela grande quantidade de informações sobre quem a diz, tais como suas filiações teóricas, concepção de mundo, interesses de classe, motivações, expectativas. E isto porque:

O autor é antes de tudo um selecionador e essa seleção não é arbitrária. Sendo produtor, é ele próprio um produto social, está condicionado pelos interesses de sua época ou da classe a que pertence. A teoria utilizada pelo autor expressa sua concepção de realidade. Tal concepção é filtrada por seu discurso e resulta em implicações extremamente importantes para quem se propõe a fazer análise da política tomando por base o conteúdo exposto nos documentos. (SHIROMA et al., 2004)

Para as autoras, o objetivo da análise do conteúdo é:

produzir inferências sobre qualquer um dos elementos básicos do processo de comunicação (fonte, processo codificador, mensagem, processo decodificador). É a partir da inferência que uma informação considerada sem sentido pode, ao ser relacionada a outro dado, apresentar-se como significativa, mas produzir inferências, vínculos entre os dados, requer sempre aportes teóricos. Por essa razão, toda análise implica comparações e o tipo de comparação é ditado pela teoria do investigador. (SHIROMA et al., 2004)

³⁷ A obra de Bardin (1977) é uma referência clássica do método de análise de conteúdo. Neste estudo, porém, nos apoiaremos nas proposições sobre este método feitos pela Shiroma et alli (2004).

Portanto, pode se dizer que se trata de um método de análise subordinado ao referencial teórico do pesquisador. As inferências de que fala Shiroma (2004) pressupõem a comparação de dados obtidos na leitura do discurso com os pressupostos teóricos de diferentes concepções de mundo e com a situação concreta de quem produz o discurso e de quem o recepta e o analisa.

Mediante este procedimento metodológico, buscamos captar as ideias fortes ou unidades de registros³⁸ acerca das categorias de análise previamente elencadas e orientadas pelo referencial teórico da pesquisa. As unidades foram contabilizadas e analisadas segundo a unidade de contexto correspondente. Nesse processo, o objeto empírico também nos revelou uma categoria de análise sobre a qual nos debruçamos no próximo subitem que é a organização do trabalho em equipe, em que pese principalmente o conceito de interdisciplinaridade. A análise de conteúdo, então, é neste estudo, subordinada ao referencial teórico do materialismo histórico-dialético, parte dele e a ele retorna buscando captar mediações e singularidades que esse objeto também possa revelar.

Quanto às categorias de análise escolhidas, chegamos ao entendimento que a concepção da formação profissional, a concepção da relação teoria-prática e o sentido do trabalho eram essenciais para captarmos as mediações que nos possibilitariam confrontar a hipótese e chegar ao objetivo geral deste estudo. Como foi dito na introdução, queríamos apreender os referenciais epistemológicos e ético-políticos que orientam a residência multiprofissional em saúde, particularmente pela mediação da relação teoria-prática nesse modelo de formação. A nossa hipótese, de forma resumida, era a de que há uma concepção fragmentária da relação entre teoria e prática na residência, guiada por um mosaico teórico e empírico e pela não existência de um entendimento do trabalho como princípio educativo. Conforme poderemos observar na análise, as mediações captadas não respondem completamente ao modo como se constitui o que chamamos de mosaico, mas sim a como se manifesta a percepção dos residentes acerca da fragmentação da relação teoria-prática. Essa fragmentação é

³⁸ As unidades de registros e unidades de contexto compõem a metodologia da análise de conteúdo de Bardin (2007, p. 98-100).

evidenciada não só na categoria específica – relação teoria-prática –, mas também no conjunto das categorias analisadas.

3.2 A Relação entre Interdisciplinaridade e Integralidade na Prática dos Profissionais de Saúde: algumas problematizações

A presente discussão acerca da interdisciplinaridade e sua relação com a concepção de integralidade na dimensão da prática dos profissionais de saúde, não estava pré-estabelecida no projeto de pesquisa que originou este trabalho. A necessidade de compreender essas categorias foi suscitada pelas respostas fornecidas pelos residentes entrevistados. As concepções acerca do que seria multidisciplinaridade e interdisciplinaridade e ambas, resguardando certo sentido da integralidade na saúde, foram observadas em especial nas questões acerca da finalidade da formação, da concepção de saúde e também encontramos registros em uma questão acerca do sentido do trabalho na residência. Foi então que nos atentamos que, para além de definir essas categorias de análise, era necessário relacioná-las e problematizá-las de modo que encontrássemos subsídios para compreendermos porque a integralidade, ou apenas o conceito ampliado de saúde, prefigurava muitas vezes como sinônimo de trabalho em equipe integrado, representados nos termos multi ou interprofissional. Foi então que buscamos compreender a seguinte pergunta: formar em equipe multiprofissional, mesmo na perspectiva interdisciplinar, é suficiente para garantir a integralidade na prática e formação dos profissionais de saúde?

Recuperamos que de fato, no primeiro documento de referência sobre a residência multiprofissional, uma coletânea de artigos lançados pela SGETS/MS de 2006, observamos que do ponto de vista institucional, a residência se articula com as ações de estímulo à mudança nos cursos de graduação em saúde, pautadas nas diretrizes curriculares elaboradas pelo Ministério da Educação³⁹. (MS, 2010) A inovação

³⁹ Abordamos no capítulo anterior que as diretrizes curriculares nacionais para os cursos da área da saúde são direcionados pedagogicamente pela noção de competências.

da residência nesse sentido é apontada pela rede docente assistencial, por meio da qual seria possível impactar as unidades de saúde visando uma formação que atenda às necessidades de saúde da população e à realidade dos serviços. O outro aspecto enfatizado é o foco na interdisciplinaridade como o diferencial da formação na residência. A dimensão da multidisciplinaridade e da interdisciplinaridade também é percebida nos textos de referência a respeito tanto das novas diretrizes curriculares na graduação das profissões da saúde, quanto da residência (CECCIM, 2010; CECCIM; FEUERWERKER, 2004), e, recorrentemente, nos encontros organizados pelos fóruns de preceptores e residentes.

Para analisarmos a dimensão do trabalho em equipe na residência multidisciplinar em saúde, partiremos da compreensão do trabalho multidisciplinar enquanto um esforço dos profissionais na confluência dos seus saberes disciplinares, saberes que são partes da realidade, necessárias para a apreensão do problema. Veremos, contudo, como esse esforço está incorporado com determinados limites e contradições. Remeter-nos-emos a Kosik (1989) para apresentarmos o conceito de totalidade, e, a partir dele discorreremos com base em Frigotto (2011) sobre as questões que emergem da concepção da interdisciplinaridade na perspectiva do materialismo histórico-dialético. Por fim, apontaremos os subsídios dessa análise para compreensão da relação entre a integralidade na atenção a saúde e o trabalho interdisciplinar e as questões postas na disputa do conceito da interdisciplinaridade hoje em tempos denominados pós-moderno e de pós-reestruturação produtiva.

Frigotto (2011) situa a interdisciplinaridade como uma necessidade e como um problema, não exclusivamente como método de investigação ou técnica didática, mas fundamentalmente no plano material histórico-cultural e no plano epistemológico. Como necessidade, a interdisciplinaridade na produção do conhecimento se integra ao caráter dialético da realidade social. Essa realidade fundamentalmente é, “ao mesmo tempo, una e diversa e na natureza intersubjetiva de sua apreensão, caráter uno e diverso da realidade social nos impõe distinguir os limites reais dos sujeitos que investigam os limites do objeto investigado” (FRIGOTTO, 2011). Ou seja, por mais que na sociedade capitalista a realidade se apresente fragmentada e se constitua de modo cindido, um determinado fato mantém sua relação indissociável com a totalidade.

A respeito da categoria totalidade constituinte do materialismo histórico dialético, temos em Kosik (1989) uma análise aprofundada de sua apreensão e dos equívocos ou consequências de determinadas compreensões, que nos permite ir aos fundamentos do que diz Frigotto a respeito da interdisciplinaridade como necessidade ou imperativo histórico.

A primeira apreensão que temos na obra de Kosik (1989), ao discorrer sobre a totalidade concreta, é que esta categoria não se redonda na falsa ideia de que “tudo está em conexão com tudo e que o todo é mais que as partes”. A respeito disso o autor esclarece, resgatando da obra de Marx, que a totalidade concreta sob a perspectiva dialética significa que “cada fenômeno pode ser compreendido como momento do todo⁴⁰” (KOSIK, 1989, p. 40). E essa definição só pode ser compreendida na perspectiva histórica, em um todo que possui concreticidade. Isto significa dizer que é imbuído de uma estrutura que se desenvolve, ou seja, não é nem imutável, nem dado uma vez por todas; e que também se recria, onde nada é perfeito e acabado, mas que também suas mutações não se limitam às partes de modo isolado. A respeito desse processo que constitui a historicidade dos fatos explica Kosik:

Um fenômeno social é um fato histórico na medida em que é examinado como momento de um determinado todo; desempenha, portanto, uma função dupla, a única capaz de dele fazer um fato histórico: de um lado, definir a si mesmo, e de outro, definir o todo; ser ao mesmo tempo produtor e produto; ser revelador e ao mesmo tempo determinado; ser revelador e ao mesmo tempo decifrar a si mesmo (...) (KOSIK, 1989, p. 40).

Diante disso, podemos compreender que a totalidade não é sinônimo de “todos os fatos”. Nas palavras do autor totalidade significa:

(...) realidade como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato qualquer (classe de fatos, conjunto de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido. Acumular todos os fatos não significa ainda conhecer a realidade; e todos os fatos (reunidos em seu conjunto) não constituem ainda a totalidade. Os fatos são um todo dialético – isto é, se não são átomos imutáveis,

⁴⁰ Kosik (1989) inicia sua exposição sobre a totalidade concreta analisando que no século XX a categoria totalidade ganha ressonância e notoriedade, ao passo que é reapropriada de maneira simplificada e degenerada. A perda de sua característica dialética se deu a sua redução a uma exigência metodológica na investigação da realidade e a uma regra metodológica na investigação da realidade. Segundo o autor isto resultou em duas banalidades: que tudo está em conexão com tudo, e que o todo é mais que as partes.

indivisíveis e indemonstráveis, de cuja reunião a realidade saia constituída – se são entendidos como partes estruturais do todo (KOSIK, 1989, p. 36).

Nesse sentido, o conhecimento concreto da realidade “procede do todo para as partes e das partes para o todo”, em um movimento que vai para além do fenômeno, e, imbuído de sua essência a este retorna, compreendendo a relação entre a totalidade e suas contradições em um movimento recíproco de compenetração. A compreensão dialética da totalidade, portanto, não situa a totalidade acima das partes, “visto que o todo se cria a si mesmo na interação das partes”. A totalidade é, então, criação da produção social do homem.

Posto isto, podemos compreender as implicações do entendimento da realidade como conjunto de todos os fatos. Apontando essa concepção presente na filosofia, dando destaque ao racionalismo e ao empirismo, o autor esclarece que ao supor a concreticidade da realidade pela junção da ligação entre as partes se chega à conclusão que a realidade é impossível de se decifrar, uma vez que a cada fenômeno seria possível acrescentar tantas outras facetas e aspectos ou ainda outros fenômenos em um infinito acrescentamento. Disto seria possível deduzir o caráter abstrato e a não-concreticidade do conhecimento; ou seja, o conhecimento humano não poderia compreender a estrutura concreta da realidade humana. A totalidade seria algo inalcançável e o conhecimento abstrato.

Frigotto (2011), ao analisar essa obra do Kosik, nos esclarece que a chamada “metafísica da cultura ou teoria dos fatores”, que evoca uma visão integracionista e neutra da produção do conhecimento e uma percepção da realidade fragmentada em múltiplos fatores, é “uma forma própria de produção da realidade e de representação no plano do conhecimento da sociedade de classes” (FRIGOTTO, 2011, p. 49). Ou seja, “a cisão, exclusão e fragmentação são partes constituintes no plano material e no plano do conhecimento desta forma de relação social de produção da existência humana”, tal como observamos também na discussão acerca do princípio educativo do trabalho aqui apresentado.

Diante disso, Frigotto (2011) destaca a necessidade de superar a fragmentação e o plano da aparência dos fenômenos, heranças do empirismo e positivismo, sem a qual não se efetiva um trabalho interdisciplinar. Outro aspecto importante é

compreender a interdisciplinaridade no movimento do real e não no movimento da razão, uma vez que aí encontramos os limites reais dos sujeitos. Ao passo, portanto, que o conhecimento do social tem um caráter unitário, do ponto de vista da investigação de determinado objeto, podemos delimitar uma das dimensões que o compõe, porém sem deixar de nos ater que para uma adequada compreensão do objeto investigado é preciso analisá-lo na sua necessária relação com as demais dimensões da realidade social.

Posto isto, partimos para compreender a interdisciplinaridade como um problema. Primeiramente, ressalta o autor que:

(...) a interdisciplinaridade se apresenta como problema pelos limites do sujeito que busca construir o conhecimento de uma determinada realidade e de outro pela complexidade desta realidade e seu caráter histórico. Todavia esta dificuldade é potenciada pela forma específica que os homens produzem a vida de forma cindida, alienada no interior da sociedade de classe (...). Certamente o trabalho interdisciplinar, como vimos no primeiro item, se apresenta como uma necessidade imperativa pela simples razão de que a parte que isolamos ou arrancamos do contexto originário do real para poder ser explicada efetivamente, isto é, revelar no plano do pensamento e do conhecimento as determinações que assim a constituem, enquanto parte tem que ser explicitada na integridade das características e qualidades da totalidade. É justamente no exercício de responder a esta necessidade que o trabalho interdisciplinar se apresenta como um problema crucial, tanto na produção do conhecimento quanto nos processos educativos e de ensino. (FRIGOTTO, 2011, p. 41)

Dada essa complexidade, ainda que haja um elevado exercício crítico, os sujeitos individuais não conseguem exaurir determinada problemática. Como lembra o autor, esse esforço é sempre acumulativo e social, sendo, desse modo, o conhecimento sempre relativo, parcial e incompleto, uma vez que ele é atravessado pelas muitas relações sociais vivenciadas pelos sujeitos. Relações essas que na sociedade capitalista se mostram fundamentalmente cindidas no seu caráter de classe ou grupos antagônicos. É por esta razão que o autor vai delimitar a interdisciplinaridade como um problema no plano ontológico, ou seja, “a forma histórica e concreta mediante a qual os seres humanos estabelecem relações sociais de produção” (FRIGOTTO, 2011, p. 50), fundamentalmente fundada na sociedade baseada propriedade privada e na divisão social do trabalho.

Essa cisão se explicita necessariamente no plano da consciência, das representações e concepções da realidade do homem social pensado como uma totalidade concreta. Evidencia-se, assim, para o ator, a inexistência da neutralidade do conhecimento social tão propagada pelo positivismo, mostrando sua face de funcionalidade à reprodução das relações sociais dominantes. De outro modo, a teoria ganha status de força material e a consciência crítica se torna imprescindível para a luta entre grupos antagônicos na sociedade de classes.

No que tange à interdisciplinaridade nas práticas pedagógicas, Frigotto (2011, p. 53). ressalta seu uso de modo fenomênico, abstrato e arbitrário. Nesses casos, é utilizada com sentido de recurso didático, capaz de “integrar, reunir as dimensões particulares dos diferentes campos científicos ou dos diferentes saberes numa totalidade harmônica” Tal como explica Kosik (1989), a totalidade assim é entendida como soma das partes, a qual subtende o conhecimento como abstrato e incapaz de captar o real. Contudo, lembra-nos Frigotto que para que a concepção de totalidade concreta se torne dominante, é necessário que essa mesma totalidade vá se concretizando no plano da produção da vida social. Sendo assim, diante desse problema de caráter ético-político, econômico, cultural e epistemológico, o senso comum vai se constituindo um mosaico contraditório de representações.

No plano da produção do conhecimento, o atual contexto denominado pós-moderno traz mais escopo ao ecletismo, ou seja, à falsa noção de que é possível fazer integrar inúmeros campos do conhecimento sem os conceber em seus conflitos e diversidade, como se isso significasse ou alimentasse o convívio democrático e plural entre as ideias.

A discussão da interdisciplinaridade ficaria reduzida ao campo dos conceitos (multidisciplinaridade, inter e trans) e alienada da problemática da realidade social cujo caráter é opaco e alienador. Em último caso, “o especialismo na formação e o pragmatismo e ativismo que impera no trabalho pedagógico constituem-se em resultado e reforço da formação fragmentária e forças que obstaculizam o trabalho interdisciplinar” (FRIGOTTO, 2011, p. 56).

Colocam-se, assim, como obstáculos para a prática do trabalho pedagógico interdisciplinar (e porque não para processos de trabalho e formação profissional

interdisciplinar), a formação a que foram submetidos os sujeitos, predominantemente fragmentária, positivista e metafísica e também as condições de trabalho, a divisão social do trabalho e a organização do trabalho. Debruçar-nos-emos-, então, a pensar a especificidade dessas contradições no processo de trabalho em saúde.

Retomando a discussão sobre trabalho como princípio educativo, Ramos (2009) se contrapõe às características do trabalho abstrato na saúde, uma vez que este trabalho apresenta especificidades voltadas para a forma produzida socialmente do cuidado mútuo, entendimento esse necessário para a compreensão da integralidade. O trabalho em saúde então pode ser considerado uma coprodução “desenvolvido por uma equipe, com núcleo central de racionalidade de conhecimento focado no usuário e não na doença” (RAMOS, 2009, p. 57).

A autora citada inicia sua discussão a partir da definição do conceito da integralidade em Mattos (2001) que atribuiu seu sentido como atributo das dimensões das práticas profissionais; como atributo das organizações dos serviços; e como respostas governamentais aos problemas de saúde. Mattos (2009) resgata que o termo integralidade tem origem no Brasil na década de 1970 com a influência da perspectiva da medicina integral, e que foi se consolidando como o campo da saúde coletiva na década de 1980. Inicialmente o termo calçou a necessidade de superação da prática médica hegemônica e ocidental em que a formação médica se configura com uma das mediações dessa constituição.

Na dimensão da prática dos profissionais de saúde, a integralidade a direciona ao cuidado em saúde, ampliando o olhar sobre o sujeito para além da doença ou da demanda por ele apresentada, em uma relação entre profissional e usuário que se estabelece entre sujeito-sujeito. Esta tem na equipe multiprofissional e nas ações de redefinição dos processos de trabalho condições privilegiadas para sua efetivação.

Portanto, para Mattos (2009) a integralidade é um termo polissêmico, mas que nas práticas se caracteriza pela recusa ao reducionismo e a objetivação do sujeito à doença ou ao caráter biomédico e que se alicerça no direito universal à saúde. Para tanto, requer o diálogo nas equipes de saúde.

Ramos (2009) vai concluir que na dimensão das práticas, a integralidade recoloca o sentido do trabalho em saúde na “reconstituição da humanidade das

pessoas em face das suas necessidades de saúde. Desse modo, o trabalho em saúde resgata seu sentido ontológico, pois a atenção integral em saúde se volta para as necessidades do ser humano como sujeito e não como objeto do capital” (RAMOS, 2009, p. 54). Resgatando o sentido do ser humano como sujeito social, o “integral” se traduz na síntese de múltiplas relações que deixam de ter centralidade material, biológica e física, mas também se constituiu de necessidades espirituais e simbólicas. A integralidade redireciona o trabalho em saúde no sentido da superação da função de reprodução e manutenção de vidas objetivadas e reduzidas a fatores de produção.

Uma vez centrado no usuário e tendo a integralidade como um eixo norteador das ações, a autora vai dizer que a multidisciplinaridade é uma condição da integralidade, “fruto do esforço e confluência de vários saberes”. Contudo, é importante reconhecer que as equipes multidisciplinares estão vinculadas aos limites da divisão social do trabalho na sua especificidade do campo da saúde e à hierarquização dos conhecimentos.

Nesse sentido, nos ajuda Poulantzas (1985) quando, em sua reflexão sobre o pessoal do Estado, já apresentada neste trabalho, diz que a divisão social do trabalho no seio do próprio arcabouço do Estado se manifesta como lugares de classe, que se repercute nas divisões e no modo de cada trabalhador se colocar no âmbito da luta de classe. A divisão social do trabalho, a nosso ver, e como também elabora Frigotto (2008), deve ser considerado um obstáculo do trabalho interdisciplinar, ou seja, o trabalho integrado que possibilita olhar para o usuário no conjunto da realidade em que ele se insere e se produz, e nessa realidade como se desenvolve a saúde e a doença, mas não como um determinante impossibilitador de processos de trabalho que construam estratégias de enfrentamento da fragmentação teoria-prática e da hierarquização do conhecimento no seio dessa divisão.

Como, então, se debruçar sobre o outro em sua integralidade, sem a compreensão deste profissional sobre a sua própria realidade? É nesse sentido que uma formação pautada no trabalho como princípio educativo pode resgatar o sentido da integralidade, fornecendo base para a compreensão de quais são as cisões presentes nessa sociedade, o que requer conhecer a totalidade do processo de trabalho em que se está inserido.

Destacamos que a divisão social do trabalho não é uma questão em si mesma. Conforme diz Ramos (2007), ela é necessária e é própria da produção sociocoletiva do trabalho, “a questão é que a esta diferenciação, compreendida nos termos da complexidade do trabalho, não deveria estar associada à diferenciação do conhecimento, redundando na divisão e classificação do próprio trabalhador” (RAMOS, 2007, p. 58). Dessa maneira, não é redundante dizer que quanto à diferenciação do acesso ao conhecimento, nos referimos aqui também aos trabalhadores (e porque não profissionais?) de nível fundamental, médio e médio-técnico da saúde. Nessa direção, Ramos (2007) destaca a relação entre a divisão técnica do trabalho em saúde e a divisão entre o trabalho manual e o trabalho intelectual característico da divisão social do trabalho na sociedade de classes.

Soma-se, evidentemente, o fato de que a hegemonia do saber biomédico centrado na doença resulta no acentuamento da fragmentação e hierarquização da organização do trabalho na saúde. No sentido do enfrentamento a essas mediações, é necessária uma compreensão do conhecimento enquanto produção humana, histórica, que busca apreender o real no plano do conhecimento, e que é indispensável para a apreensão do trabalho no processo de produção em que se está inserido.

Sobre o trabalho multidisciplinar na saúde, a integralidade se constituiria no esforço desses profissionais na realização do trabalho em que se compartilham mutuamente as responsabilidades visando à produção do cuidado, e não apenas a soma de várias pessoas. Aqui acrescentamos dois importantes aspectos também ressaltados por Frigotto (2011) na abordagem do trabalho do educador, a formação predominantemente positivista e fragmentadora e as condições de trabalho em que se desenvolvem as possibilidades reais do trabalho em equipe.

Considerando, portanto, essas dimensões como obstáculos no que tange tanto a integralidade na saúde quanto ao trabalho interdisciplinar, observamos em Ceccim, ao abordar o caráter multidisciplinar da residência, que “a organização da formação e do trabalho em saúde salienta a fragmentação dos saberes em campos profissionais, promovendo a divisão social do trabalho e a dificuldade do trabalhador da saúde em compreender seu papel de protagonista...” (CECCIM, 2010, p. 20), e, portanto, a residência multiprofissional figuraria como uma alternativa a essa fragmentação.

Tecendo um paralelo com a perspectiva anteriormente apresentada, o “lugar” da divisão social do trabalho para Ceccim, como efeito da fragmentação dos saberes na saúde e não uma relação fundamental nas relações sociais de produção na sociedade de classes parece resultar em duas questões comumente encontradas. A primeira é que o problema parece está na existência das disciplinas/campos profissionais e não na diferenciação ou desigualdade de acesso ao conhecimento. E, em consequência, a multidisciplinaridade parece figurar como essa possibilidade de superação da fragmentação entre os saberes, e a integralidade seria o resultado último, uma espécie de culminância máxima.

Conforme já observamos em Frigotto (2008), a interdisciplinaridade não pode se reduzir a recurso didático capaz de integrar diferentes dimensões de saberes em uma totalidade harmônica. As diferentes denominações, ora multi, ora inter, ora transdisciplinaridade, como junção ou integração dos saberes, se aproxima da noção de totalidade como soma de todas as partes, que abordamos a partir da crítica de Kosik (1989). Nessa concepção, a realidade não é vista no seu caráter opaco e alienador. Vale lembrar que “somar todos os fatos não significa ainda conhecer a realidade”, pois os fatos são partes estruturais do todo. Nesse sentido, destacamos inicialmente que a produção do conhecimento historicamente hegemônica produz uma percepção da realidade fragmentada em múltiplos fatores e um conhecimento supostamente neutro, em que basta, para conhecer o todo, a sua integração.

Evocamos também que o fato do conhecimento ser sempre relativo ao sujeito social e incompleto não significa dizer que é abstrato, ou seja, que por meio deste seria impossível conhecer a realidade. O movimento dialético da realidade permite, do contrário, captar as dimensões fundamentais de um fato que o liga de modo indissociável à totalidade. Assim sendo, concluímos, a partir dos autores utilizados, sobre a não existência da neutralidade na produção e socialização do conhecimento.

Nessa perspectiva a prática profissional em sua dimensão formativa precisa ser apreendida no contexto do qual faz parte sabendo-se que este se torna fragmentado pela lógica da divisão social do trabalho, que na saúde se expressa pelo seu caráter contraditório, qual seja, a relação entre reprodução de um bem-estar definido pelos padrões de produção e a busca da integralidade, no sentido ontológico da produção do

cuidado. O contexto de produção do trabalho e da vida sob a égide do capitalismo também se expressa na própria organização do trabalho em saúde, que diferencia e hierarquiza os saberes profissionais.

A análise que se apresentou tem como finalidade resgatarmos aqui o caráter histórico e epistemológico do conceito de interdisciplinaridade. Esse resgate se revela ainda mais necessário no atual momento histórico em que a produção de bens se caracteriza predominantemente pelo caráter pós-fordista ou toyotista. Os estudos de Mueller et al. (2011) nos mostram como o conceito de interdisciplinaridade vem sendo capturado por essa lógica de produção que se estende para o campo da formação do trabalhador, atrelado ainda ao contexto cultural e de produção do conhecimento pós-moderno.

Os autores apresentam como tese central que, desde a década de 1970, a interdisciplinaridade passou a ser concebida e veiculada progressivamente de modo subsumido pelo capital. Também com base na categoria de totalidade, apoiada em Kosik, mergulham na era toyotista para analisar o perfil do “homem flexível” e do “trabalhador autônomo” como referência do atual ideal pedagógico. Se antes tínhamos o currículo taylorizado, de formação de especialista com um saber parcial, agora a escola toyotizada vem propagando a necessidade de superação das fronteiras entre disciplina/ciências, da sua história e de sua constituição ontológica.

Dessa análise, concluem que no campo acadêmico há uma perda do potencial histórico e epistemológico da interdisciplinaridade, pois a discussão sobre o conceito toma ares de panaceia epistemológica, capaz de acabar com todos os males oriundos da fragmentação do saber em disciplinas. Explicam que o conceito se origina na academia em um contexto em que a OCDE promovia a discussão nesse campo no intuito “de buscar a legitimação sistemática das novas exigências de qualificação dos trabalhadores” (MUELLER et al., 2011, p. 196). No campo empresarial, no entanto, a preocupação com a relação ciência/disciplinas se justifica pela busca da intensificação da ciência enquanto força produtiva a fim de reorganizar o novo patamar de produção, e, conseqüentemente, um novo trabalhador adequado às tarefas agora crescentemente complexas da era pós-fordista.

No campo acadêmico, a redução histórica e epistemológica do conceito de interdisciplinaridade sob o capital acaba por vezes a se associar com uma aceção voluntarista, reduzida ao desejo dos sujeitos. E/ou a sua não concretização está associada aos males, aos vícios da fragmentação das ciências e das disciplinas ou “ainda à forma hierarquizada e departamentalizada de organização e funcionamento da universidade”. Confrontando Piaget (1973), os autores vão ainda desconstruir a concepção de que o aporte particular de cada ciência pode esclarecer realidades que apenas uma única não poderia. Questionam a concretização dessa ideia, e associam a sua possibilidade a um imperialismo epistemológico tal como representa a Biologia hoje. O imperialismo epistemológico reside, então, na falsa ideia de reduzir as ciências a um denominador comum, que “sempre acaba destruindo as especificidades de cada uma, de um lado, e dissolve cada vez mais os conteúdos vivos em formulações vazias, que nada explicam” (ETGES, 2004: 73 apud MUELLER et al., 2011, p. 193).

É, desse modo, no terreno da diluição das fronteiras própria de uma base epistêmica gelatinosa da chamada pós-modernidade, associada à noção de sociedade do conhecimento, que os autores vão associar o ecletismo e o caráter a-histórico da interdisciplinaridade ao conceito de transdisciplinaridade, que ganha corpo nesse entremeado semântico elástico e polissêmico advindo de uma concepção instrumental e pragmática do conhecimento. Posto isso, reafirmam que o que está em jogo é uma diluição da lógica interna e dos referenciais teórico-metodológicos de cada disciplina, sem os quais não se podem conhecer os pontos de contato de ciências conexas.

No campo empresarial, a preocupação com a agora inadequada fragmentação do saber, para os autores se destaca no pensamento sistêmico de Singer (2001) que identifica a interdisciplinaridade com uma quinta disciplina. Essa perspectiva tem como pretensão a unificação do conhecimento em todas as áreas, porque identifica nelas o mesmo padrão de estrutura. Essa perspectiva sinaliza para um novo ser e agir que supere a lógica do especialista, mostrando assim, a vinculação desse pensamento com a necessidade pós-fordista de produção de um novo homem adequado a um novo patamar de produção. Critérios que se voltam também para a chamada pedagogia das competências aqui já expostas.

Ramos (2011), ao realizar um aprofundado estudo sobre a referida pedagogia, identifica como uma de suas mediações fundamentais a noção de competência como ordenadora das relações de trabalho. Após analisar a emergência desse conceito no período de reestruturação produtiva, conclui, principalmente a partir das obras de Zarifian (1999)⁴¹, que a noção de eventos sustenta a noção de competência na gestão do trabalho.

A gestão do trabalho, mediante as novas estruturas produtivas e formativas do pós-fordismo, passa a se subsumir à lógica de incorporação do conhecimento tácito do trabalhador, mediante processos de trabalhos mais participativos que atendam a inserção das novas tecnologias, em toda a sua complexidade e nas possíveis imprevisibilidades. Daí o surgimento do conceito de organização qualificante, conforme expomos no primeiro capítulo. Retomando, a principal característica dessa forma de organização do trabalho é a defesa da imprevisibilidade como origem e ocasião da aprendizagem (RAMOS, 2010).

Ramos (2001) apresenta a análise de onde parte e como se organiza essa perspectiva, que tem como pressuposto que as estratégias de competitividade estariam aproximando mais as empresas de seus clientes e usuários, deslocando o propósito do trabalho da produção de mercadorias para a produção de serviços. Analisando Zarifian (1999), expõe que esta estratégia não se limita às empresas privadas, mas também se direciona aos serviços públicos, em que ambos teriam como essência a qualidade do serviço prestado. Disso conclui-se que, para além de uma abordagem eventual da atividade produtiva, os outros aspectos que caracterizariam a organização qualificante seriam colocar a comunicação na base da atividade industrial e a possibilidade “de seus membros reelaborarem os objetivos de sua atividade de trabalho”.

A aprendizagem no trabalho passaria a ser calcada na imprevisibilidade, em que, para além das normas e procedimentos da empresa, passaria a se evocar uma adaptabilidade a situações mutantes. É interessante notar as formas de aprendizagem frente aos eventos que o autor analisado por Ramos, apresenta:

⁴¹ Na obra de Ramos (2011) este autor é apontado como das mais completas abordagens sobre organização qualificante e que encontra grande correspondência no sistema alemão de formação profissional.

a primeira consiste em explorá-los sistematicamente, de maneira a compreender suas causas e implicações. Neste caso, os eventos funcionariam como as situações desafiadoras que, na ótica da psicologia cognitiva, provocariam aquilo que Piaget denomina de desequilíbrio, gerando, assim, novas competências. Uma segunda forma consiste em explorar um evento pelas escolhas de soluções, possíveis para responder a uma categoria de problemas. Por fim, a terceira forma consiste aprender com sucesso uma diversidade de situações profissionais, cada uma delas comportando elementos parcialmente novos (RAMOS, 2001, p.180).

Esse processo se desenvolve sobre uma importante base comunicacional, pautada na qualidade da interação e do sucesso das ações conduzidas em comum. Ganha notório destaque a chamada competência coletiva, que seria superior a soma de competências individuais, porque desenvolvida sob uma complexa rede de interações sociais. Ou seja, soluções desenvolvidas em equipes sob a égide do sucesso interativo e comunicacional. Esse processo em equipe é ainda permeado pela noção de racionalidade profissional que se volta para a ênfase na pluralidade de sujeitos e opiniões e podem ser confrontadas no exercício da tomada de decisão.

Outro aspecto relevante da organização qualificante, com base em Zarifian, é a possibilidade de o trabalhador reelaborar os objetivos da gestão, como forma de melhor incorporar esses objetivos e poderem mobilizar um maior potencial criativo e utilizar sua inteligência junto aos mesmos. Essa é apresentada como uma estratégia de motivação e de incorporação de ações antes exclusivas da gestão.

A partir daí, o referido autor associa esses aspectos às competências enquanto desenvolvimento de uma série de requisitos. De modo geral, as competências descritas por ele, segundo Ramos, deslocam a atenção do trabalhador na conduta individual para o processo de trabalho, enfatiza a dimensão gestonária do trabalho, a importância do julgamento do impacto e da utilidade do serviço ao cliente/usuário, compreendendo o modo de vida dos mesmos e por fim, a autonomia, responsabilidade e capacidade de comunicação integrada às competências profissionais, se aproximando da terminologia saber-ser, própria da pedagogia das competências.

Conforme já abordamos no primeiro capítulo, no Brasil, Ramos (2011) toma como referência a obra de Deleuze (1995) que enfatiza e acrescenta uma “dimensão política” das competências, que possibilitaria “uma compreensão crítica da vida e das relações sociais, da evolução técnico-científica, bem como da apreensão da história, da

dinâmica, do conteúdo e das implicações sociais do trabalho humano” (RAMOS, 2001, apud DELUIZ, 1995, p. 179). Acrescenta e se diferencia da abordagem alemã e da abordagem de Zarafian, pois sustenta o engajamento subjetivo dos indivíduos nas relações de trabalho, por meio da utilização de saberes que provém da esfera social, e não apenas de ordem psicológica, mas também os saberes informais e tácitos que são ligados a vivência concreta do trabalhador.

O que está em tela, conforme já exposto, é a diluição do conflito capital-trabalho e sua subtração do contexto, dinâmica e contradições inerentes às relações sociais que integram as possibilidades de construção e de uso dos saberes pelos trabalhadores. Adequa-se, assim, as capacidades dos trabalhadores aos requisitos dos empregos e das lógicas organizacionais das empresas, mediante um contexto em que o grande capital investe fortemente nas estratégias de adaptabilidade e conformação com vistas à noção de empregabilidade.

É importante ressaltar que a importância do trabalho em equipe é uma ênfase em várias abordagens da organização qualificante. Observamos também, como requisitos tais como a avaliação do processo de trabalho, a discriminação das soluções em equipe dos eventos cotidianos, que precisam ser apropriados como desafios que suscitem a iniciativa e responsabilização dos trabalhadores são evocados como demanda estrutural e ideológica no contexto pós-fordista.

Percebe-se, diante do exposto, que o campo empresarial apresenta preocupação tanto na captura do conceito de interdisciplinaridade, questionando as fronteiras entre disciplinas/ciências e evocando a superação da formação de especialista para a formação de generalistas com vista à flexibilidade e adaptabilidade do trabalhador; e, por outro lado, também investe fortemente na gestão do trabalho no que tange aos pressupostos do trabalho em equipe para a resolução dos “eventos” no processo de produção. Há que se atentar, logo, que a diluição das fronteiras e dos conflitos no campo da produção do conhecimento e a necessidade do trabalhador polivalente no campo da produção material se inter-relacionam no atual momento histórico. É necessário compreender as discussões sobre o trabalho em equipe multidisciplinar com vistas à interdisciplinaridade também nesse patamar. Por esta razão, é importante uma análise mais aprofundada das formas como se estabelece a relação, que atualmente

vem ganhando destaque na saúde, entre a chamada educação permanente como um eixo ético-político, a interdisciplinaridade como um meio ou uma forma de organização do trabalho e do conhecimento e a integralidade como objetivo comum.

Nesse percurso, os textos de Ceccim e Feuerwerker (2004), ao abordarem a necessidade de mudança na graduação em saúde, enquanto enfatizam as diretrizes curriculares nacionais como um importante passo no sentido da superação do paradigma biologicista e medicalizante, os autores apontam que a necessidade de mudanças na formação decorrem de:

elementos tais como as novas modalidades de organização do mundo do trabalho em saúde e as exigências em relação ao perfil dos novos profissionais, os desafios da transdisciplinaridade na produção de conhecimento ou a necessidade de a universidade reconstruir seu papel social considerando a multiplicidade de lugares produtores do conhecimento no mundo atual (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 1404).

É necessário atentarmos para pontos de aproximação com a chamada pedagogia empresarial ou corporativa na saúde, tendo em vista a análise aqui já apresentada sobre a educação permanente e o terreno profícuo dos chamados eventos no campo da saúde. Não descartamos aqui a necessidade da equipe multiprofissional da saúde, nem tampouco que a interdisciplinaridade, desde que compreendida no movimento da realidade e não da razão, fortalece o processo que aqui denominamos de sentido ontológico do trabalho em saúde, ou seja, a integralidade na sua dimensão do cuidado da vida e não a reboque das necessidades de saúde reduzidas a fatores de produção. Isso requer compreender que a complexidade do trabalho em saúde não pode vir subsumida ao contexto em que se inserem os trabalhadores e usuários. Seja no âmbito da organização dos serviços, seja no processo de trabalho em saúde e como também no próprio contexto de produção da vida e da morte.

Neste aspecto, retomamos novamente Ramos (2010) que nos elucida que a aproximação da educação permanente em saúde com a organização qualificante ocorre por intermédio da vertente construtivista da pedagogia das competências implícita no conceito de educação permanente. Conforme já apontamos no segundo capítulo, o aspecto do trabalho em equipe na capacitação e na participação é o enfoque desta perspectiva e em muito se associa com o método da roda de Campos (2003). A

autora analisa que, ao passo que a qualidade dos serviços é colocada sobre a responsabilidade e participação dos trabalhadores, as competências, ainda que adquiridas nesse processo, são subsumidas em perfis e postos de trabalho, que por sua vez são definidos pela divisão social e técnica do trabalho e seus saberes hierarquizados.

Sobre a relação desses pré-requisitos do trabalho em equipe com as práticas de integralidade, a autora assim nos mostra que nessa realidade esse trabalhador está longe de ser íntegro ou inteiro na sua relação com o processo de trabalho. Esse trabalhador é cindido pelas origens de classe, as distinções intelectuais, e pela diretriz política da fragmentação dos serviços públicos, além do próprio processo de produtividade e estranhamento com o objeto e produto do seu trabalho, o qual a gestão privatizante dos serviços de saúde vem submetendo os trabalhadores. Enfim, é este o trabalhador que precisa se responsabilizar pela integralidade do usuário.

Como resposta, Ramos (2010) ressalta a necessidade de, junto à integralidade da atenção, se desenvolver a integralidade na formação, na qual os conhecimentos possam fazer sentido na compreensão do real como totalidade, “em que o processo de trabalho em saúde é uma mediação particular das relações sociais de produção”. Nessa mediação particular, a equipe multidisciplinar precisa olhar para a interdisciplinaridade como um esforço acumulativo e social, a partir do qual se investiga o processo saúde-doença dos usuários sob a lente da sua necessária relação com as demais dimensões da realidade social. Nas palavras da autora, a integralidade da formação tem por finalidade:

Permitir que as pessoas compreendam a realidade para além de sua aparência fenomênica. Dessa perspectiva, teorias e conceitos não são formulações científicas abstratas, mas também não se limitam a insumos para o desenvolvimento de competências. Conceitos e teorias elaborados pela Ciência constituem sínteses da apropriação histórica da realidade material e social pelo homem e precisam se tornar conhecimentos difundidos socialmente e apreendidos subjetivamente em benefício da própria humanidade, como pressupostos para a compreensão da realidade e da produção de novas realizações (RAMOS, 2004, p. 271 apud RAMOS 2010, p. 91).

Consideramos, finalmente, que apesar da multidisciplinaridade ser condição para a integralidade na saúde, não é uma condição única, mas sim uma das dimensões que

compõem a perspectiva do atendimento integral à saúde da população, tal qual vimos em Mattos (2009). Conforme vimos em Ramos (2010), a multidisciplinaridade não é suficiente para uma formação integral. A perspectiva da integralidade na formação precisa captar as contradições e mediações fundamentais da totalidade do processo de trabalho em saúde e da produção do conhecimento.

Em outra perspectiva, recentes estudos acerca da integralidade, como o de Mattos (2010) tem abordado o termo na dimensão da prática profissional enfatizando a possibilidade de construção de uma nova ética que embase a interação dos saberes em equipe multiprofissional de modo a possibilitar consensos em torno de um bem maior, a defesa da vida. Nesse sentido, a integralidade pode ser vista “como um conjunto de novos vocabulários que enunciam diferentes aspectos de aspirações e valores presentes em nossa cultura” (MATTOS, 2010, p. 141).

Para tanto, Mattos (2010) vai resgatar no pensamento de Popper (1981; 1989) e nas raízes do neopragmatismo de Rorty (1997) elementos para uma nova ética profissional que rompa com a concepção de ciência como detentora da verdade. Este aspecto se volta para a necessidade de superação do cientificismo que ainda direciona a prática e formação médica na saúde, mas também de saberes e práticas de modo geral que não possibilitam a integralidade. Objetiva a superação de duas éticas profissionais pautadas no “ideal da objetividade, a que reconhece a ciência uma fonte de comprovação da veracidade do conhecimento” (MATTOS, 2010, p. 140) e ao “não-reconhecimento do limite do conhecimento”, e de uma ética baseada no conhecimento corporativo, que toma como base a ideia de autoridade. Na perspectiva dessa superação, Mattos (2010, p. 140) se apoia no pensamento desses dois autores, para lançar a base de uma nova ética que seja fundada “no imperativo moral de defesa da vida, e dos ideais de uma vida mais bela e feliz”. Nesse sentido, a teoria passa a ter como critério de validação as respostas oferecidas pela prática imersa no cuidado à vida humana. Ou seja, é verdadeiro aquele conhecimento que é útil para redução do sofrimento humano, que é ao mesmo tempo subjetivo e concreto, ou ainda para o alargamento das estreitezas provocadas pela doença. Desse modo, o compromisso com este cuidado levaria a uma contínua auto-crítica das crenças profissionais. E o caráter propriamente pragmático do trabalho no que tange a sua eficácia, se volta ao

sentido ontológico da saúde, ou seja, o cuidado ao ser humano reconhecido como sujeito social.

Forma privilegiada de proporcionar a integralidade nestes marcos, o trabalho em equipe é definido como o “esforço de ampliação dos consensos intersubjetivos”, que amplia a esfera do trabalho por categoria e integra vários sujeitos envolvidos na atenção à saúde.

Deste modo então, na busca pela superação do cientificismo que sustenta a hierarquização dos saberes na saúde, o neopragmatismo aparece como alternativa a construção do elo entre teoria e prática que se volta para um conhecimento abstrato que precisa ser validado pela relação estabelecida com os sujeitos e que demanda a integração dos vários saberes em equipe multiprofissional. Essa integração precisa ser movida por uma ética que preze pela harmonia em torno de um bem maior, que é a vida.

Nota-se que, apesar do critério de validação do conhecimento tipicamente pragmático, ou seja, aquele em que o conhecimento é verdadeiro porque é útil, não se volta neste caso a um caráter estritamente utilitário do conhecimento, mas também se estende à prática social, uma vez que a resposta é fornecida pelo processo de cuidado, e isso parece envolver a concretude em que se insere os sujeitos. Nesse patamar, remontamos à discussão tecida no segundo capítulo sobre o pragmatismo, que apesar de existir diferenciações com o neopragmatismo em voga, não aprofundaremos este aspecto neste estudo. Ainda assim, queremos apontar as seguintes questões: a integralidade observada no âmbito da prática profissional com a base epistemológica pautada no neopragmatismo e atrelado a uma concepção de trabalho em equipe que compreenda a integração dos saberes nesses marcos, pode vir a limitar ou mesmo se opor ao conhecimento como força material produzida socialmente para apreensão da realidade? Ressaltamos que aqui não nos referimos ao conhecimento transmitido de forma depositária nos sujeitos, mas como respostas às necessidades práticas de conhecimento dos fundamentos dos fatos sociais, e não apenas respostas contingenciais e abstratas.

Em continuidade, indagamos também se ao conceber a integralidade como um cuidado em saúde com base no neopragmatismo e na integração dos saberes como

possibilidade de partilha consensual desses valores e enunciados, se concebê-la deste modo poderia gerar as seguintes contradições no âmbito do trabalho na saúde: a não percepção do usuário da saúde como sujeito social, cuja singularidade também ganha sentidos nas mediações que se estabelece com a totalidade social, de modo que o processo de saúde e doença não se constitui como uma realidade exclusivamente peculiar; a não compreensão das bases epistêmicas e teórico-metodológicas das disciplinas, podendo então vir a redundar num mero ecletismo, diluídas em atribuições morais, ou mesmo éticas, mas pretensamente neutras. Ou, ainda, em outras palavras: são os “consensos intersubjetivos” uma forma de converter o critério de validação ou de verdade do conhecimento somente aos pontos de convergência, subjulgando as divergências e contradições? Por fim, seria esse o caminho para uma ética comprometida com o cuidado e a defesa da vida, que de fato possibilitasse a superação da hierarquização do conhecimento na prática e organização dos serviços de saúde?

Posicionamo-nos aqui a favor da práxis e da interdisciplinaridade como necessidade e problema, que se volta para os limites dos sujeitos na apreensão da realidade e da relatividade do conhecimento, sem eliminar a capacidade do conhecimento, uma vez atrelado à prática social, de captar em determinado fato social, a realidade em seu movimento.

Nesse sentido, Mendes-Gonçalvez (1992) já abordava um conjunto de critérios capazes de auxiliar ou mesmo nortear a ação dos profissionais na compreensão das necessidades de saúde que vão de encontro ao conceito de totalidade. Dentre esses critérios, destacamos quando diz que é necessário perceber quando as necessidades de saúde ultrapassam o espaço biológico do corpo e se voltam para a “totalidade da personalidade individual viva”, ou seja, é preciso compreender a necessidade na sua radicalidade uma vez que se insere na vida dos sujeitos em relação. O que é diferente quando ao biológico do corpo apenas vão se somando outras esferas “igualmente instrumentalizadas, enquanto meios para ele, indivíduo, que permanece fora delas” (MENDES-GONÇALVEZ, 1992, p. 56). O autor também ressalta que outro critério é quando as necessidades de saúde na sua existência concreta ultrapassa o plano da individualidade abstrata e se volta para o plano da experiência coletiva. Nesse aspecto

o sujeito reconheceria a sua necessidade na vida dos demais. Nas palavras do autor nessa dimensão as necessidades de saúde seriam:

A necessidade aqui é do indivíduo enquanto mulher, enquanto homem, enquanto trabalhador, enquanto adolescente, enfim, enquanto sub-gênero de natureza sócio-histórica que aparece como valor transcendente à mera individualidade sem negá-la, mas afirmando-a como específica e concreta. (MENDES-GONÇALVEZ, 1992, p. 56).

Acrescenta ainda Mendes-Gonçalves que as necessidades de saúde precisam refletir assim a individualidade concreta e não abstrata, e desse modo possibilitar a superação das formas de dependência da assistência que retroalimentam necessidades abstratas e essas se convertem em necessidades de consumo de serviços e produtos que supostamente gerariam saúde.

Reiteramos que toda essa discussão se insere em um contexto em que a produção do conhecimento que demarca os antagonismos presentes no movimento da realidade social e que observa na formação profissional uma importante mediação para o fortalecimento da consciência crítica, vem ganhando menos enfoque ou mesmo substituída por outras de caráter mais pragmático-utilitaristas e que enfoca a formação mais do ponto de vista das habilidades frente aos eventos ou desafios no cotidiano do trabalho. É nesse contexto denominado pós-moderno que precisamos fortalecer um caráter ético-político que não mantenha o trabalhador e usuários da saúde reféns de um cuidado esvaziado da integralidade enquanto possibilidade de construção de outra prática social, e que, portanto identificam quais são as contradições e os antagonismos em jogo.

3.3 A Análise das Concepções dos Residentes à Luz das Categorias

Este item é constituído pela descrição e análises com base nas três categorias analíticas elencadas previamente às entrevistas, as quais já foram mencionadas no subcapítulo anterior; retomando, são elas: a concepção de formação profissional; a

concepção acerca da relação teoria-prática e, por fim, o sentido do trabalho, ambas constituídas pelo olhar dos residentes entrevistados. Contudo, essas mesmas categorias demandaram outras que denominamos aqui de subcategorias, que se apresentaram como questões a partir das quais, e uma vez relacionadas, pudemos captar com maior clareza as concepções buscadas pela pesquisa empírica. Apresentamos a análise e descrição de cada subcategoria, cuja discussão articulada das mesmas nos possibilitou à elaboração das sínteses de cada categoria de análise que ora seguem.

3.3.1 A Concepção de Formação Profissional

3.3.1.1 Concepção de Projeto Político Pedagógico (PPP)

Analisamos essa questão diferenciando o modo como é concebido o PPP junto aos residentes do que eles sabem sobre o Projeto. Com relação ao modo como este é concebido, observamos que cinco residentes dos doze entrevistados relataram não conhecer o PPP. Os que conhecem o PPP, em sua grande maioria apontam fragilidades nessa condução.

Dos entrevistados que relataram conhecer o Projeto, dois residentes relataram que o PPP foi apresentado no início da residência, mas que não foi feita nenhuma discussão ou avaliação do mesmo com os residentes. Mais outros dois relataram que o PPP não é apresentado, porque segundo a equipe técnico-pedagógica está desatualizado, e não houve liberação de carga horária para que os residentes pudessem se organizar em GT e contribuir na atualização do Projeto. Um entrevistado não emitiu alguma opinião ou conhecimento sobre o PPP, apesar deste documento ter sido apresentado. Há um registro de que se conhece o Projeto, mas que o mesmo não é efetivado. Apenas um entrevistado relatou que conhece o PPP e que este foi construindo e é avaliado de forma democrática e participativa com os residentes.

Ao nos debruçarmos sobre o que eles sabem a respeito do PPP do programa em que eles estão inseridos, a questão se revela ainda mais preocupante, pois seis entrevistados não souberam expressar algum conhecimento ou avaliação acerca do mesmo. Os que sabiam algo, expressaram críticas com relação ao Projeto ou as dificuldades para sua implementação. O residente M relatou que o projeto é “meramente regulamentador, pobre do ponto de vista pedagógico” (informação verbal); outros se referem às disputas internas com relação às concepções de educação permanente e dentro da discussão sobre clínica ampliada há disputa acerca dos conceitos de multi, interdisciplinaridade e trans. Um residente relatou que o PPP não é efetivado por ausência de apoio da Universidade, prejudicando a disponibilidade de professores para o programa. Essa questão da ausência de professores, bem como a rotatividade de profissionais no programa, aliás, foi frequentemente relatado. Uma residente criticou ainda o fato de não ser integrado à residência médica. Os residentes em saúde coletiva, de modo geral, relataram a não compreensão do papel do sanitário na unidade ou o foco deste programa ser voltado apenas para gestão em saúde.

Com relação às referências teórico-metodológicas do PPP, apenas dois residentes fizeram menção. Um deles citou a referência do currículo por competência, em que o Programa estabelecia como finalidade um perfil profissional voltado para competências pedagógicas, políticas e técnicas, mas sem relatar a definição de cada uma delas. E o segundo residente relatou que o seu PPP foi constituído com base no conceito de educação permanente em saúde – EPS e é voltado principalmente para a micropolítica e a produção de cuidados. Ele ainda ressaltou o caráter democrático de seu programa

Foram percebidos, ainda, dois relatos que sugerem referências dos respectivos Projetos, mas que não falam diretamente a respeito dele. Um se voltou para a presença da pedagogia das competências, de modo a orientar o programa, mas não formalmente constituindo o Projeto. Esse residente nos apontou que a equipe estabeleceu competências por cada núcleo profissional, o que na visão dele fortaleceria o caráter disciplinar do programa. Destaca essa questão como algo negativo, pois deveria ter sido pensado um perfil geral, ou ainda, o perfil que a residência deseja formar, para

então se pensar as competências por cada profissão. O outro relato considera forte a influência do “quadrilátero da formação de Ceccim” no programa, mas desconhece como esse referencial está presente no PPP, uma vez que o Projeto não é apresentado aos residentes.

Podemos perceber que os residentes entrevistados em sua maioria desconhecem o Projeto Político Pedagógico dos programas e ressaltam o caráter antidemocrático da constituição e avaliação desses Projetos. Com relação às concepções teórico-metodológicas que puderam ser ditas, podemos destacar o conceito de Educação Permanente em Saúde, a pedagogia das competências na estruturação dos programas, a teoria dos micros poderes na saúde e a política de humanização com foco no conceito de clínica ampliada.

Observa-se que essas referências são aquelas que, de fato, vem orientando a formação profissional na saúde especialmente a partir do governo Lula, em que o direcionamento político vem acompanhando o tom do contexto pós-moderno que na produção do conhecimento de volta para a teoria dos micropoderes e as perspectivas formativas da reestruturação produtiva, que vem conformando um perfil profissional principalmente com base na pedagogia das competências.

Entremeado a este contexto, se percebe nos relatos, um importante movimento de grande parte dos residentes em questionar a equipe acerca do Projeto ou de algum conteúdo teórico, ou ainda, em buscar junto a colegas cópias do PPP. Essas falas podem ganhar destaque em função do perfil dos residentes entrevistados, representantes em suas turmas na participação de fóruns regionais e nacional. Talvez também por isso se perceba uma reapropriação e incorporação dos conceitos referentes à educação permanente e as competências e habilidades por militâncias políticas em defesa da qualidade do programa e também do SUS. Ou seja, essas perspectivas aparecem relacionadas ao perfil profissional necessário para o compromisso ético-político com a luta pelo SUS, qual seja, um perfil politicamente engajado com a defesa de uma saúde pública e de qualidade.

Podemos concluir que, com relação ao projeto político pedagógico, os entrevistados apontam, de modo geral, para a inexistência da socialização desses Projetos junto aos residentes, bem como para a existência de múltiplos referenciais

teórico-metodológicos. Boa parte deles indicam um conjunto de referenciais que despontam na saúde principalmente nos anos 2000, que tendem a valorizar as dimensões do cotidiano profissional em detrimento dos condicionantes macroestrutural do trabalho.

3.3.1.2 A Finalidade da Formação

A concepção de finalidade da formação foi observada em forma de número de ocorrência nas unidades de contexto presentes nas diversas entrevistas, de tal modo que na maioria das respostas foram observadas mais que uma unidade de registro falando sobre diferentes dimensões contidas nas concepções de finalidade da formação dos residentes.

Assim, observamos que a unidade “formar o residente para o SUS” foi mencionada nove vezes; formar o profissional para atuar em equipe multiprofissional foi mencionado cinco vezes; formar um profissional mais competente mediante a inserção no campo do serviço ou sua inserção prática foi mencionado duas vezes. Já a percepção de que o residente é formado para ser utilizado como mão de obra barata no SUS foi mencionado três vezes. As demais percepções foram mencionadas uma vez cada, quais sejam: formar um profissional voltado para a micropolítica no cotidiano dos serviços; formar um profissional mais técnico e mais especialista; formar um profissional voltado para a educação permanente em saúde e por último formar um profissional que vise à totalidade das condições de saúde. Cabe ressaltar novamente que as respostas podem conter mais de um desses registros.

No que se refere à finalidade da formação profissional, percebe-se em sua maioria que os entrevistados identificam a residência com o caráter ético-político do SUS e suas lutas históricas pela manutenção do direito à saúde. Essa identificação foi também associada com diversos aspectos relatados, quais sejam: formar um profissional com dimensão investigativa, fazendo correlação da teoria com a pesquisa no processo de trabalho, na qual a teoria ganha status de ferramenta necessária para o

conhecimento da realidade; a formação de um profissional com caráter crítico-reflexivo frente às políticas e ao processo de trabalho; a associação desse perfil profissional com a intersetorialidade e a territorialização da saúde; e, por fim, a associação com as concepções de formação profissional vigente no Movimento de Reforma Sanitária, (o residente M relatou “formar o profissional militante que preserve a ideia inicial do Movimento de Reforma Sanitária” (informação verbal)).

Uma parte dessas concepções, contudo, vieram acompanhadas de críticas que diferenciavam essas concepções da realidade dos programas. Em quatro relatos diferentes se percebe a lógica do trabalho alienado na organização dos serviços de saúde em que estão inseridos, que se expressa pela crítica à inserção prática nas unidades em detrimento da formação. Uma dessas falas ressalta a privatização dos campos de formação, em que a maioria dos campos na sua cidade é parceria público-privada. Foi mencionado também que apesar de haver a compreensão no programa de que a residência deve formar para o SUS, a entrevistada relata que as necessidades do SUS se apresentam de modo secundário nos conteúdos formativos e que o programa privilegia um perfil profissional mais voltado para a saúde privada. Com relação à formação voltada para atuação em equipe multiprofissional, uma residente destacou a fragilidade nessa formação, uma vez que o programa se desenvolve de modo fragmentado e por essa razão o programa não conseguiria passar para os residentes a importância do trabalho multiprofissional.

Ainda que essas pontuações tenham sido percebidas em apenas três relatos, conforme veremos, o conjunto das entrevistas apontam para essa mesma questão: a lógica do trabalho alienado nos serviços se sobrepondo ao da formação tal como prevista pelo programa. Ou melhor, se sobrepondo à formação esperada pelos residentes, à formação “no SUS e para o SUS”, como muitos disseram.

Foi observado somente em um relato um perfil profissional de viés mais pragmático, que tenha enfatizado o caráter técnico pela valorização do trabalho no seu sentido pedagógico. Esse fato nos pareceu interessante, porque demonstra que os residentes, quando pensam no perfil profissional voltado para o SUS, não ressaltam um perfil pragmático. Contudo, esse conteúdo também surgiu de outra maneira, quando associado à educação permanente em saúde. Neste relato o residente D disse:

“Profissional reflexivo que pode pegar as ideias e materializá-las. Pensar a partir da vivência do trabalho e como no trabalho consegue transformar o SUS (informação verbal)”. Esse relato nos remete à presença do caráter pragmático da Educação Permanente na concepção de formação profissional. Contudo, precisamos ressaltar que esta é uma questão a se indagar, pois o conjunto da entrevista deste mesmo entrevistado reforça possibilidades de uma prática que se articula à teoria em um contexto em que o SUS a todo tempo figura como uma mediação contra-hegemônica ao modo de produção capitalista. A característica do sentido pedagógico do trabalho também surgiu em um relato que ressalta um perfil profissional que seja responsável com as questões da micropolítica. Na unidade de contexto desse registro sinalizamos uma via pragmática presente na teoria dos micropoderes, que tende a restringir o contexto da saúde hoje às questões internas referentes à formação dos profissionais e ao processo de trabalho.

3.3.1.3 A Concepção de Saúde

Com relação à concepção de saúde orientadora dos programas, os residentes apontaram para seis compreensões que dialogam, mas que nos pareceram nos remeter a conteúdos distintos. O conteúdo mais recorrente (quatro ocorrências) remete à associação entre a concepção de saúde com o perfil do programa e nível de atenção a que estão inseridos. Ou seja, no lugar de conceituar saúde, se percebeu algumas vezes o relato de elementos referentes à política de saúde, com o SUS enquanto sistema ordenador, ou ao programa de saúde específico em que se insere a residência. Mas de algum modo, tendendo a apontar para pilares das lutas históricas da saúde nos marcos do SUS.

Outra concepção recorrente foi uma associação entre o entendimento ou o sentido da integralidade da atenção com as concepções de ora multiprofissionalidade, ora interdisciplinaridade (três ocorrências). Essas três concepções figuram de modo geral como sinônimos no sentido da possibilidade que engendram na superação do

modelo biomédico, já que promoveriam o olhar ao paciente sob várias dimensões (disciplinares), que seriam conduzidas de modo integrado.

Em menor escala, mas também presente (com duas ocorrências), é a fala de que há na concepção de saúde do programa de residência uma concepção que dissocia a relação teoria-prática. Ou seja, formalmente o programa se pauta na concepção ampliada de saúde, mas na prática se revela a concepção de saúde como ausência de doença e na gestão do programa de saúde ou a gestão do programa de residência predominaria uma concepção produtivista expressa por números e indicadores. Há, contudo, uma diferença entre os dois residentes que falaram sobre essa questão, em um relato foi dito que a concepção de saúde como ausência de doença se manifesta de modo hegemônico no próprio programa de residência. Já o outro relato ressalta que a concepção biomédica seria mais evidente no campo prático, ou seja, na unidade de saúde e não na unidade acadêmica responsável pelo conteúdo e condução teórica.

A quarta concepção encontrada (em duas ocorrências em dois relatos distintos), se caracteriza pela ausência de resposta ou colocando a saúde integral como uma lembrança vaga de alguma reunião realizada no programa de residência.

Uma quinta compreensão da concepção de saúde não faz uma associação direta com a multiprofissionalidade, se remete ao conteúdo da concepção ampliada de saúde, mas sob o conteúdo de “olhar o paciente como um todo, em várias dimensões” ou ainda “a saúde que perpassa diversas áreas”, se referindo à complexidade da vida (informação verbal) e a necessidade da atuação de diversas políticas sociais.

Por fim, nos deparamos, em uma ocorrência, com o conceito ampliado de saúde, claramente relatado, associado à concepção de clínica ampliada de saúde e à educação permanente em saúde.

De um modo geral, os residentes identificam a concepção de saúde orientadora das residências com o denominado conceito ampliado de saúde; ou seja, aquele que não foca na saúde como ausência de doença, portanto, superando a perspectiva biomédica. Compreendem para tanto a multiprofissionalidade como uma condição para a efetivação dessa concepção. Ocorre que, por vezes, multiprofissionalidade e interdisciplinaridade são usadas com o mesmo sentido de integralidade da atenção em saúde. Aliás, a perspectiva da saúde integral geralmente é compreendida pela

chamada integração entre os núcleos de saberes profissionais e pela necessidade em articular outras políticas públicas. Aqui percebemos aproximação com dois conceitos conhecidos (e disputados) no campo da saúde que é a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. Em todo caso, podemos partir da síntese que a ocorrência dessas concepções parecem figurar como uma saúde que se desenvolva em uma realidade composta por diversas áreas ou aspectos que precisam ser integrados.

Já, na medida em que os residentes observam a concepção de saúde na práxis do programa, se observam alguns apontamentos críticos, seja pela dissociação entre a concepção evocada pelo programa e a concepção hegemônica nos serviços de saúde; seja pela própria hegemonia da concepção biomédica no interior do programa, em conjunto com uma série de aspectos do trabalho alienado no atual contexto de pós-reestruturação produtiva na saúde; seja ainda, relatando como a entrevistada C que “a integralidade só é vista pela ótica da interdisciplinaridade , falta a intersetorialidade” (informação verbal), observando o quanto o programa se desloca da realidade do SUS hoje.

Diante disso, observa-se que as concepções de saúde ampliada, de saúde integral e de multi ou interdisciplinaridade muito pouco se diferenciam, mas parece apontar para o mesmo conteúdo, qual seja, a importância principalmente da integração dos diversos saberes e, secundariamente, das diversas políticas.

Por fim, outra concepção que surgiu em dois registros foi a concepção de clínica ampliada. Esse conceito, preconizado pela Política Nacional de Humanização do SUS, PNHAGS, também se articula a essas menções a multi e interdisciplinaridade. Segundo o Ministério da Saúde (2006) a clínica ampliada:

(...) busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional. Trata-se de colocar em discussão justamente a fragmentação do processo de trabalho (...) falar destes sentimentos em relação aos temas e às atividades não restritas à doença ou ao núcleo profissional (...). Engloba os seguintes eixos fundamentais:

- 1- Compreensão ampliada do processo saúde-doença (...);
- 2- Construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas (...);
- 3- Ampliação do objeto de trabalho (...). O objeto de trabalho deve ser a pessoa ou grupos de pessoas (MS, 2006: 14-16).

Sendo assim, podemos afirmar que o conceito da realidade como totalidade concreta, de Kosik (1976), bem como a discussão sobre a integralidade na formação, de Ramos (2010), e também a discussão acerca da interdisciplinaridade à luz do materialismo histórico-dialético podem fornecer fundamentais subsídios para o alargamento da compreensão da integralidade, bem como para compreendermos o que subjaz a uma formação que investe na formação multiprofissional em tempos de privatização do SUS e de perseverante hegemonia da concepção biomédica da saúde.

Nesse sentido, cabe-nos indagar se, de maneira geral, a chamada saúde integral é associada a uma realidade compreendida da forma como Kosik analisa de teoria dos fatores, na qual a integralidade parece ser alcançada pela soma de diversos fatores ou disciplinas. Compreendemos que este ponto de vista ainda é mais largo que o biomédico, que compreende a saúde somente centrado na doença e seus fatores biológicos. Porém, problematizamos que compreender a realidade da saúde ou a integralidade somente pela dimensão da integração dos saberes ainda significa está submetido à lógica fragmentária de percepção da realidade, hegemônica na sociedade cindida em classes, tal como discorreremos neste estudo.

Contudo, é necessário dizer que a compreensão acerca da realidade que se insere os serviços de saúde é a todo tempo tensionada e mediada por outra compreensão contraditória a este entendimento que centra a integralidade apenas como resultante da integração dos saberes. O conceito de saúde ampliada é geralmente associado a uma formação voltada para a defesa da saúde pública, que tem no SUS seu sistema ordenador, e que, portanto esse “SUS” figura como elemento que tenciona a compreensão das contradições do modo de produzir saúde nas relações de produção capitalistas, impulsionando esses sujeitos ao enfrentamento desta realidade.

3.3.1.4 Síntese da Análise da Categoria Concepção de Formação Profissional:

A concepção de formação profissional na visão dos residentes entrevistados é fortemente marcada pela existência de uma concepção fragmentária da relação teoria-prática expressa pela cisão entre o que eles identificam como necessário e a realidade adversa do programa e dos serviços de saúde. Nesse sentido, a concepção dos residentes é uma formação profissional que vise o conceito ampliado de saúde, ou seja, a superação do modelo biomédico positivista e tecnicista, que subverte a saúde como ausência de doença. Pensam em uma formação no SUS para o SUS, identificando o Sistema de Saúde com as lutas históricas e os princípios que dele emana. Contudo, as características do trabalho alienado presente na organização dos serviços vêm impondo a concepção de saúde hegemônica focada na doença. O trabalho abstrato na saúde sustenta a lógica positivista de fragmentação entre teoria e prática, historicamente hegemônico e que vem se sobrepondo às necessidades de formação dos residentes e talvez às concepções dos programas de residência multiprofissional. Desse modo, afirmamos a ideia de que só há integralidade na atenção à saúde se a lógica predominante nas relações sociais do trabalho for questionada pela práxis desses trabalhadores. De igual modo, reafirmamos também a concepção de integralidade na formação de Ramos (2010) como mediação fundamental para compreensão dessa realidade.

Se, por um lado, a concepção de formação profissional se volta para o conceito ampliado de saúde, cuja finalidade são as necessidades do SUS e os princípios que dele emanam, por outro lado, as características do trabalho alienado na saúde parecem reforçar a saúde como ausência de doença, deflagrando a fragmentação teoria-prática de que falam os residentes. A concepção de finalidade da formação, ao sustentar o SUS na perspectiva da defesa de uma saúde pública e universal, tenciona os residentes a problematizarem para além do cotidiano profissional a prática social imbuídas das contradições próprias das relações sociais de produção do capitalismo que tendem a ressaltar uma concepção de saúde enquanto mercadoria. Desse modo, reafirmamos a análise de Ramos (2010) que, constatando esta mesma concepção de finalidade da formação nas Escolas Técnicas de Saúde do SUS, conclui que uma vez que o SUS se remete a uma totalidade socioeconômica mais ampla e é atravessado pelas contradições que já mencionamos, “justificaria uma formação em que a categoria

‘modo de produção’ fosse central, tal como aborda a pedagogia histórico-crítica (...) (RAMOS, 2010, p. 273)”. Acreditamos que a percepção acerca do modo de produção social contido nesse “formar no SUS para o SUS” (informação verbal) se torna consciente na medida em que os residentes vão se apropriando em suas falas da experiência de militância política em defesa da saúde pública.

A concepção de formação profissional para os entrevistados também revelou que a noção de integralidade é percebida de forma predominante pela noção de integração dos saberes, e em menor escala, de integração entre as políticas. Essa integração supera a perspectiva biomédica, pois parece apontar para uma realidade em que diversas disciplinas e setores precisam trabalhar em conjunto. Por essa razão, a integralidade é por vezes confundida ou dita da mesma forma que a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade.

O termo integralidade ganhou maior destaque na saúde quando Mattos (2009) abordou seus sentidos em três dimensões, das práticas, da organização dos serviços e das respostas governamentais aos problemas de saúde da população. Na dimensão das práticas, esse sentido se volta para o conceito ampliado de saúde e a integração entre os saberes profissionais compõe uma das suas dimensões.

Pinheiro (2009), também partindo da concepção de Mattos imbuída das três dimensões expostas e também considerando o Movimento de Reforma Sanitária como contexto político, social e histórico, afirma que a integralidade é uma construção em ato e que é a partir da experiência que surge o compromisso ético-político que o sustenta. Assim, a integralidade é “uma construção coletiva que ganha forma e expressão no espaço de encontro”. Compreendemos o cuidado como o sentido ontológico do trabalho em saúde, e é evidente que este cuidado se desenvolve nas relações sociais no espaço do encontro entre profissional e usuário. Contudo, é preciso ressaltar que as três dimensões da integralidade de que fala Mattos (2006) não existem de forma estanque. Essas dimensões estão inter-relacionadas e o espaço do encontro entre os sujeitos do cuidado não estão isentos a essas mediações. Portanto, além da experiência, há outras mediações que se colocam no campo da prática e do saber profissional. De tal modo que não é possível a experiência validar e delimitar exclusivamente o conteúdo da

integralidade, até mesmo porque este não se restringe ao modelo singular do atendimento, mas está imbuído da prática social dos sujeitos.

Nas entrevistas, a integralidade foi vista predominantemente na perspectiva da teoria dos fatores de que fala Kosik (1976); ou seja, como dimensões que precisam ser integradas para se chegar a um todo que é compreendido como uma soma. É necessário ir além dessa compreensão, entendendo a integralidade na perspectiva da totalidade concreta, ou seja, o processo de saúde-doença contido no sujeito social que se forma em uma unidade constituída por diversas dimensões inseridas em um contexto histórico-social. Integralidade é o cuidado na singularidade do usuário dos serviços de saúde, sem perder de vista as relações fundamentais entre o singular e a totalidade do sujeito social. Como nos explica Frigotto (2011), essa totalidade não é harmônica, mas sim permeada por diversas contradições, de tal modo que não basta integrar saberes diversos; é preciso, para que haja esse convívio democrático e plural, que se compreenda que os saberes disciplinares não são neutros e se inserem em um contexto histórico de produção do conhecimento. Assim, a Democracia também compõe a construção da integralidade. Portanto, dependendo da lente pela qual se olha para realidade constituir-se-á uma das mediações do modo como se compreende a integralidade na atenção à saúde.

Mediante isso, concluímos que a interdisciplinaridade da educação não garante uma formação integral. Mas a interdisciplinaridade, se compreendida na perspectiva da totalidade concreta, é necessária. Do mesmo modo, a formação integrada não se reduz ao currículo interdisciplinar, pois uma vez reduzido, cabe-nos indagar quais são os critérios de validação do conhecimento, já que as diversas disciplinas são vistas de forma a compor uma integralidade harmônica, sem necessariamente a compreensão das contradições e diferenças existentes na produção e socialização do conhecimento. Essa ausência de um referencial teórico-metodológico consistente no limite pode vir ao encontro da perspectiva pós-moderna, em que as diferenças entre os referenciais se diluem e há uma ênfase nas vertentes pragmáticas. Nesse sentido, sugerimos que pode haver um predomínio de concepções pós-modernas na compreensão de que a integração entre os conhecimentos basta para uma formação integral, o que mereceria ser analisado.

3.3.2 A Concepção da Relação Teoria-Prática

3.3.2.1 Os Conteúdos Teóricos:

Em razão de não termos tido acesso às grades e ementas curriculares dos programas, até mesmo porque muitos entrevistados não possuem esses documentos, consideramos que partir da fala dos residentes a respeito dos conteúdos e disciplinas poderia inviabilizar a pesquisa, uma vez que muitos não se recordavam de todas e ou poderiam esquecer alguma. Então, identificamos como critério para análise a presença dos conteúdos disciplinares e os conteúdos multidisciplinares ou ainda os chamados conteúdos de núcleo profissional e os conteúdos transversais. Essa escolha se justifica pela necessidade de apontarmos algumas possibilidades de respostas da seguinte questão: se a residência é reconhecida pela sua formação na perspectiva interdisciplinar, então os conteúdos ou espaços formativos de caráter “transversal” ou multidisciplinar garantem a possibilidade de uma maior percepção da relação teoria-prática? Para isso vamos utilizar os dados dos conteúdos teóricos na análise da questão que trata especificamente da relação teoria-prática mais adiante. Nessa direção, observamos que seis dos doze residentes não relataram aulas ou qualquer outro espaço formativo disciplinar, apenas espaços de campo e transversais; ou seja, conteúdos multidisciplinares. Queremos observar o que esses residentes relatam na percepção da relação teoria-prática nesses programas.

Já com relação aos referenciais que a equipe utiliza para escolher os conteúdos teóricos, apenas cinco residentes souberam responder. As unidades de registros foram as seguintes: o referencial é a resolução nº2/2010 da CNRMS (que determina conteúdos teóricos mínimos); de um modo geral os “conteúdos são baseados no SUS, mas cada plano de ação tem um referencial teórico” (informação verbal); os conteúdos são referenciados principalmente no Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira e Italiana e na perspectiva da redução de danos ; o currículo por competência, mas sem

conseguir estabelecer uma definição de como é desenvolvido esse referencial e por último que “há uma linha geral baseada em Merhy e Ceccim” (informação verbal).

Podemos concluir, então, que tal como ocorre nas concepções acerca do PPP, há um predomínio do desconhecimento do referencial teórico-metodológico dos conteúdos teóricos, acompanhado de múltiplos referenciais, que neste caso também apareceram de modo bastante vagos. Assim, podemos afirmar que não foi possível, com base nessas respostas, observar alguma tendência hegemônica de referencial para os conteúdos teóricos. O fato de a maioria dos residentes não terem respondido a questão ou relatarem não dispor desse conhecimento parece demonstrar a fragilidade político-pedagógica desses programas. Ou seja, a ausência de uma base formativa consolidada e desenvolvida de modo democrático parece ser o perfil hegemônico dos programas de residência em que os entrevistados estão inseridos.

3.3.2.2 Os Conteúdos Práticos:

Com relação aos conteúdos práticos, percebemos que a maioria dos residentes (oito entrevistados) realiza no mínimo 40 horas de atividades em serviço. Desses entrevistados, três deles nos chamam a atenção por relatarem realizar mais que às 40 horas em serviço, em torno de 48 horas, que é o estipulado até então pela CNRMS. Como a grande maioria não trabalha aos fins de semana chegou a ser relatado a realização de 12 horas diárias na unidade. É sabido que a atual composição dessa Comissão se articula para mudar esse quantitativo, muito em função da participação dos residentes nesse espaço. Contudo, ainda assim, não foi percebida de forma predominante uma inserção no serviço caracterizada pela rotatividade dos setores e foco em atendimentos individuais. Essa característica surgiu na fala de três residentes. A maioria dos entrevistados está inserida em projetos na unidade que foge ao escopo do atendimento individualizado. Isto não significa muito, porém ressaltamos esse aspecto porque diante de um possível contexto de precarização e ausência de

profissionais, a demanda a ser preenchida costuma ser principalmente a dos atendimentos em detrimento de outros projetos e ações.

3.3.2.3 Relação Teoria-Prática nos Programas:

Com relação a como se desenvolve a relação entre o conteúdo teórico e as atividades práticas nos programas, obtemos um dado intrigante. Uma grande parte dos entrevistados enfatizou onde ocorre essa relação; ou seja, em qual espaço da formação essa relação ocorre, mas não necessariamente o como. Foi preciso observar qual era o conteúdo comum de críticas à dificuldade dessa relação nos programas, para captarmos de que relação teoria-prática os residentes estavam falando ao apontarem que: ocorre principalmente em algumas aulas, geralmente aquelas de conteúdos mais gerais (quatro unidades de registro); ocorre principalmente nas discussões de caso e outros espaços de discussão multidisciplinar (três unidades de registro); há pouca relação teoria-prática, pois é pontual (três unidades de registro); não há relação teoria-prática no programa (duas unidades de registro); a relação teoria-prática ocorre também no desenvolvimento da monografia (duas unidades de registro); ocorre apenas nos espaços de discussão do núcleo ou categoria profissional (um registro).

Percebemos, a partir desses dados que, quando os residentes relatavam porque percebiam a relação teoria-prática em algumas disciplinas e em outras não, ou quando não percebiam essa relação no programa ou a percebiam de forma pontual, o conteúdo predominante aponta para o fato da teoria não partir das necessidades vivenciadas na prática. Daí a razão das críticas tecidas quanto à forte disciplinarização de algumas aulas ou a desarticulação entre a academia e o serviço, ou ainda a ausência de debates nas aulas e a forte presença de professores convidados que não estão inseridos no Projeto Político-Pedagógico.

Percebemos que esse é o traço predominante que nos leva a crer que para os residentes a teoria precisa partir ou dialogar com as necessidades vivenciadas nos serviços. Também que, de modo inverso, esses programas tem reproduzido uma

concepção de formação de viés predominantemente academicista, o que vem imputando uma concepção fragmentação da relação teoria-prática. Contudo, não nos é possível tecer qualquer afirmação de que esse perfil se traduza na abordagem da teoria como instrumentalizadora da prática. Podemos afirmar apenas que os registros sugerem que a existência dessa concepção, de modo geral, não vem correspondendo aos anseios dos residentes, seja para se apropriar da realidade dos serviços, seja para instrumentalizar o trabalho. Verificaremos a seguir, como o critério de validação do conhecimento pode sugerir uma melhor definição dessa questão.

3.3.2.4 Concepção de Conhecimento e Validação do Conhecimento - Critério de Verdade

A respeito do critério de validação do conhecimento, observamos que a maioria dos entrevistados (nove residentes) relataram como critério de suas escolhas teóricas, aqueles conteúdos que de algum modo possibilitam reificar a prática, ou seja, aqueles conteúdos que respondem às necessidades vivenciadas nos serviços e que podem ser traduzidas nos procedimentos com os usuários e com a equipe profissional. Existe, desse modo, uma necessidade de conhecer a realidade, mas também uma preocupação de que esse conhecimento saia do abstrato para o concreto do cotidiano do trabalho, respondendo melhor às necessidades de saúde da população nos serviços.

Já os demais (três residentes) não enfatizaram essa preocupação. Eles situaram o conhecimento “ideal” como aquele que pode proporcionar de forma crítica maior conhecimento acerca da realidade, de forma a possibilitar estratégias para o seu enfrentamento. Ou seja, não necessariamente colocando-os à prova na lógica dos procedimentos, mas compreendendo esses conhecimentos como úteis na medida em que eles são válidos para ampliar a capacidade crítica de percepção da realidade acerca do contexto em que se desenvolvem as condições de saúde da população atendida e da gestão dos serviços.

Consideramos legítima a preocupação dos residentes em responder ao trabalho em saúde com a devida eficácia. Assim sendo, observamos que a formação na visão dos residentes parece compor uma realidade tensionada por dois extremos: de um lado, o senso comum dos entrevistados que se apresenta pela visão mais marcadamente instrumental da teoria, o que pode revelar uma concepção pragmática da relação teoria-prática, e, por outro lado, uma formação cujo perfil é predominantemente academicista, baseado em uma lógica de desvinculação teoria-prática, conforme os próprios residentes relataram. Resta-nos indagar, para além das polarizações, quais são as mediações e tensões que emergem desse contexto, e se manifestam apenas no sentido utilitário do pensamento ou se proporciona oportunidade para a práxis; ou seja, uma oportunidade para um conhecimento que vá além da resolução contingencial das questões práticas, mas que se volta para as raízes estruturais, ou as mediações fundamentais, das questões que se apresentam no cotidiano de trabalho. Retomaremos essa questão no conjunto das subcategorias que compõem a nossa síntese da relação teoria-prática.

A análise de que a maioria dos entrevistados compreende que na residência o conhecimento acadêmico não corresponde às necessidades vivenciadas no serviço, nos possibilita a hipótese de que essa concepção fragmentária entre teoria-prática, entre academia e os serviços, se relaciona com uma necessidade mais pragmática do conhecimento. Em outras palavras, essa concepção de formação se reflete nessa busca predominantemente pragmática pelo conhecimento. Percebemos, com isso, que a relação teoria-prática na perspectiva da práxis em muito poderia contemplar a necessidade dos residentes e contribuir para a superação dessa concepção de formação nos programas. Retomaremos esse aspecto no conjunto das subcategorias deste tópico.

3.3.2.5 A Concepção de Prática e de Experiência

Nesta questão, foi perguntado se a definição da legislação acerca da residência, que determina a carga horária máxima de 80% para as atividades práticas, contempla a finalidade almejada por essa formação, e qual é afinal a importância dessa carga horária prática para a formação do residente. Nesse aspecto, uma grande maioria dos entrevistados (dez residentes) nos relatou que há um privilegiamento das atividades práticas em detrimento da teoria ou de atividades em que se possibilite a articulação teoria-prática, tal como discussão de casos, tempo para pesquisa, elaboração de projetos, espaços de participação política etc.

Sobre isso, alguns residentes mencionaram a omissão da legislação com relação à organização dessa carga horária. Isso pode ser percebido quando a própria legislação (RESOLUÇÃO N°5/2014) exige cem por cento de frequência nas chamadas atividades práticas e oitenta e cinco por cento nas atividades teóricas. Nesse sentido, alguns residentes ressaltam que a carga horária teórica é frequentemente flexibilizada, e muitas vezes diminuída, enquanto que a prática nunca sofre qualquer tipo de corte ou flexibilização.

Cabe dizer que dois residentes destacaram que o mais importante é garantir a relação teoria-prática, do que somente alterar a carga horária das atividades. Três residentes ainda mencionaram que esse privilegiamento acarreta em muitas vezes na precarização no uso da mão de obra do residente nas unidades de saúde.

Diante desses dados, analisamos que, apesar de haver na concepção de validação do conhecimento uma perspectiva com traço mais predominante no pragmatismo, não há uma maior importância dada à atividade em serviço na concepção da organização do programa ou acerca da importância dessa dimensão na formação. Pelo contrário, os residentes, de modo geral, identificam essa centralidade da prática com a precarização de sua formação profissional. Ou seja, o trabalho, quando não assistido (quando exaurido de seu princípio educativo, já que este trabalho é precarizado principalmente por causa da jornada extensiva e intensiva nos serviços), é percebido pelos residentes de modo esvaziado da sua dimensão formativa. Desse

modo, a concepção de prática dos residentes é associada ao trabalho tipicamente assalariado.

3.3.2.6 A Formação Política

Quanto à participação política do residente nas instâncias deliberativas do programa e das unidades de saúde, os relatos se dividiram entre considerar que há pouco estímulo para participação política do residente no programa e na unidade (seis residentes), ou ainda considerar que essa participação ocorre apenas pela via da representatividade; ou seja, somente por meio da participação dos representantes de turma. A respeito disso, também foi dito que há certo estímulo, mas não há condições efetivas que garantam essa participação, tal como liberação (ou contabilização) de carga horária nos serviços para participação em espaços internos e externos à unidade, tal como fóruns e conselhos de política.

Cinco outros entrevistados já afirmaram que não há estímulo à participação política do residente no programa ou na unidade de saúde, e que toda iniciativa de participação é dos residentes. Desses relatos, apenas um residente afirmou que além da ausência de incentivo, há também repressão diante da mobilização dos residentes. Diferentemente desses registros, apenas um residente relatou que há estímulo e condições para a participação do residente no programa.

Três residentes ainda relataram que os programas preveem a participação em conselhos da política de saúde como atividade obrigatória, mas que não é garantido espaço de reflexão a respeito desse acompanhamento dos conselhos. Ressaltaram que os residentes acabam por não perceber o sentido dessas atividades para a formação.

Diante desses registros, analisamos que, diferentemente do que propunha o Movimento de Reforma Sanitária, uma formação profissional que também possibilitasse ao profissional as condições ético-políticas de interferir na elaboração e implementação da política de saúde, a residência multiprofissional parece desconsiderar essa dimensão. A perspectiva da formação reforça relações de poder que sobrepõem a

lógica dos serviços à possibilidade de participação política do residente no programa, na unidade e em outros espaços. Percebe-se mais uma vez que características do trabalho alienado se conjugam na perspectiva de formação dos programas, o que evidencia ainda mais a fragmentação teoria-prática dessa formação.

Além disso, percebemos que a formação política foi atravessada por relações de poder presentes tanto na perspectiva formativa quanto na hierarquização da organização dos serviços. Esse dado aparece de forma não tão direta porque de modo geral os residentes falam que há uma garantia apenas formal de participação, mas sem condições efetivas que garantem a participação política como a base ou mesmo um viés da própria formação. Neste sentido, cabe saber se as relações de poder no campo formativo e institucional vem tensionando o saber dos residentes, no sentido da sua conformação ou maior alienação dos processos políticos em disputa no campo formativo, ou se provocam esses residentes a um maior engajamento para garantia da participação nesses espaços.

3.3.2.7 Síntese da análise da categoria concepção de relação teoria-prática:

A concepção da relação teoria-prática na visão dos residentes nos aponta para a seguinte questão: há uma formação cuja concepção hegemônica vem produzindo uma fragmentação da relação teoria-prática, que parece expressar principalmente uma desarticulação entre a academia e os serviços de saúde. A organização dos programas sob a ótica dos residentes sugere que há uma ênfase no trabalho atrelado ao sentido pedagógico do aprender fazendo, mediado por relações de poder nos serviços e um contexto de precarização do SUS, além de uma teoria que não vem correspondendo às necessidades vivenciadas pelos residentes nos serviços. Assim, parece-nos que a residência se desenvolve sob as tensões e mediações existentes entre dois polos: a dimensão do trabalho fica deslocada da formação e a formação esvaziada do conteúdo do trabalho.

Essa formação, fragmentária e academicista, se constitui nas condições materiais em que esses residentes vêm desenvolvendo uma concepção da teoria como aquela que responda a esses anseios vivenciados no cotidiano do trabalho. Nesse sentido, consideramos que a residência multiprofissional se desenvolve em uma realidade tensionada por dois extremos, a saber: o senso comum dos residentes que revela o caráter pragmático do trabalho profissional, ou seja, a busca própria pela eficácia, que é também necessária para o alcance de resultados concretos; em outro extremo, uma formação de caráter marcadamente academicista, que desvela a prática fragmentária da relação teoria-prática e o distanciamento academia e serviços de saúde.

A análise da concepção da relação teoria-prática nos suscitou a questão que segue e que demanda a necessidade de novas pesquisas que capte outras mediações. Indagamos: a validação do conhecimento pelo caráter predominantemente pragmático se limita estritamente à instrumentalização da prática ou tende a dimensões que transcende a esta relação? Ou seja, há uma busca pela teoria que possa ser direcionada também aos fundamentos das questões evidenciadas pela prática, para além da busca por soluções contingenciais e estritamente técnico-instrumentais ou utilitárias? Acreditamos que o conhecimento nessa dimensão pode produzir novos conhecimentos fruto dessa relação, e, portanto, potencializar as possibilidades de transformação da realidade.

A respeito da suscitada questão, afirmamos a hipótese de que os residentes se inserem nas tensões provocadas pelas mediações entre a necessidade de eficácia do trabalho e a apreensão de que o “SUS” comporta o sentido da formação profissional. Esse “SUS” que é traduzido pela defesa da saúde pública e universal e de outros princípios, tenciona a busca por um conhecimento que se insere na prática com potencialidades para a realização da práxis.

Sobre o caráter academicista do programa, indagamos: a identificação e crítica a esta perspectiva realizada por grande parte dos entrevistados é uma não compreensão do papel e importância da teoria no sentido da práxis, uma vez imersos e mobilizados pelo utilitarismo que se apresenta no cotidiano do trabalho? Ou podemos afirmar que a

perspectiva da práxis não está presente nos programas, nos Projetos Políticos Pedagógicos e na finalidade da formação?

Sobre essa questão, consideramos que ainda que os residentes possam não deter a compreensão a respeito do papel da teoria na práxis do conhecimento, a questão que nos aparece central é o fato dos programas de residência não terem identificado esse sentido, o que está na base da concepção fragmentária que os registros revelam.

Se, por um lado, os residentes privilegiam uma visão mais instrumentalizadora da prática, por outro não é possível afirmar que os residentes observem no trabalho a lógica pragmática do “aprender fazendo”. A concepção da dimensão prática da residência para os entrevistados reafirmam determinada imersão na realidade, da qual suscitam questões para o estudo e para a discussão junto à equipe.

Além disso, percebemos que todos os residentes inseridos em programas cujo perfil é totalmente multidisciplinar, ou seja, nos quais não há espaço de formação disciplinares, relataram o distanciamento entre teoria e prática. Reforçamos aqui mais uma vez, com os autores que tratam dessa questão sob a perspectiva do materialismo histórico-dialético (FRIGOTTO, 2011; MUELLER et al., 2011), que não basta a junção de saberes para se conhecer melhor determinado objeto, uma vez que a realidade social precisa ser apreendida na mediação de suas determinações fundamentais e a produção do conhecimento não se desenvolve historicamente de forma neutra no conjunto das relações sociais hegemônicas. Reafirmamos nesta análise a importância de se repensar a residência multiprofissional a partir da filosofia da práxis.

Por fim, ressaltamos em Ramos (s/d) que:

é verdade que as profissões tem como fundamento e delimitação o conhecimento científico, tecnológico, filosófico e jurídico (...). Mas o enunciado ou a proposição desses conhecimentos não se tornam saberes profissionais imediatamente. O saber profissional é, essencialmente, o conhecimento em uso pelos sujeitos em interação, guiados por alguma motivação. Assim, o conhecimento abstrato não é o saber profissional, mas sim uma de suas fontes. A outra é a experiência prática dos sujeitos em interação social (...). O trabalho e, conseqüentemente, o saber profissional, é um processo de transformação prática do conhecimento abstrato em que os critérios de coerência e eficácia assumem uma tensa relação mediada pela experiência e pela reflexividade profissional visando a resultados concretos (RAMOS, s/d:7-8).

A autora nos diz que a relação teoria-prática se insere na tensão da relação entre a experiência e o conhecimento abstrato, e desta resultaria o saber profissional. Se a concepção dos residentes acerca da relação teoria-prática se insere nesse campo de que fala a autora, nos resta indagar se a experiência formativa dos residentes é constituída apenas por uma especificidade do pragmatismo utilitário ou observamos um campo de tensão no qual o conhecimento abstrato também pode ser visto como uma dimensão da práxis.

Na singularidade das entrevistas analisadas, apontamos como hipótese que há sim um campo propício para a busca da teoria para além de seu utilitarismo. A experiência formativa da residência multiprofissional na visão dos residentes nos revelou parcialmente que se trata de uma experiência que pode oportunizar “uma articulação dialética entre teoria-prática que proporcione a análise e a deliberação conscientes na prática social” (RAMOS, s/d, p. 7). Porém, levantamos como hipótese que essa potencialidade ocorre muito mais mediada por certa autonomia dos residentes que se preserva no campo do trabalho por serem considerados profissionais em formação, o que os possibilita estar ao mesmo tempo que dentro, ter um olhar de fora do processo de trabalho e pela experiência política proporcionada pela inserção nos espaços deliberativos e participativos das organizações políticas da residência, que é uma singularidade do perfil dos entrevistados. Essas duas dimensões nos pareceu na fala dos residentes serem mais potencializadoras da práxis do que os espaços de conteúdos teóricos e práticos em si. Contudo, não nos foi possível concluir, e essa inconclusão nos abre canal para novas pesquisas.

3.3.3 O Sentido do Trabalho na Residência

Perguntamos, primeiramente, de que modo e em que medida a residência pode ser considerado um trabalho. A respeito disso, a maioria dos residentes (dez entrevistados) associou o sentido do trabalho às características do trabalho assalariado, que nessa sociedade se caracteriza por sua exploração, pelo uso intensivo da jornada

de trabalho, ou seja, pelo trabalho abstrato. Destaca-se que em um mesmo relato pôde ser encontrado registros contraditórios, por essa razão vamos guiar a análise contabilizando as unidades de registros e não apenas o quantitativo de falas dos entrevistados.

Nesse sentido, muitos desses residentes destacaram que a carga horária prática é um trabalho, outros associaram aos deveres e responsabilidades técnicas junto aos usuários. E uma grande parte deles associou o sentido do trabalho à dimensão da precarização; ou seja, a residência é trabalho na medida em que o residente passa a “servir como mão de obra barata” (informação verbal). Exemplificando, podemos citar a residente H que relatou “ou se está em formação ou é mão de obra barata” (informação verbal), já a residente F destacou que “o residente deveria ser estudante e funcionário da unidade” (informação verbal) e a residente L afirmou “é mais trabalho que processo formativo” (informação verbal).

Diante dos registros, consideramos que os residentes entrevistados identificam que a residência é em parte trabalho porque percebem uma lógica de organização com sentido produtivo e não de formação. O sentido do trabalho, portanto, está deslocado da formação. Ele adquire, mediante a materialidade concreta dos serviços, traços característicos do trabalho alienado, como veremos.

Nota-se, também, um dado interessante, quando dois residentes relatam que a equipe técnico-pedagógica dos programas ora os veem como alunos, ora como trabalhadores (informação verbal). Segundo seus relatos, quando os residentes reivindicam direitos, é dito que por serem profissionais em formação não têm direitos semelhantes aos trabalhadores, contudo são cobrados como trabalhadores em seus deveres e responsabilidades. Nota-se, nesses casos, uma situação ainda mais grave, pois a concepção da formação parece estar pautada em uma lógica (des)formativa de conformação do trabalho alienado.

Outros três registros apontam para o sentido do trabalho em outra direção. Essas unidades não diferenciam a carga horária prática como trabalho e a teórica como formação. São relatos como a da residente D, “a residência é trabalho porque produz um produto no âmbito do serviço de saúde” (informação verbal), ou do residente I quando refletiu “pensando em trabalho como algo que muda algo no mundo a

residência é trabalho também” (informação verbal) e um terceiro relato do residente M que ressaltou que tanto a teoria quanto a prática na residência são trabalho (informação verbal), atribuindo ao trabalho o caráter de formação e apontando para necessidade de superar essa fragmentação. Assim, consideramos que esses relatos nos sugerem uma concepção do trabalho como princípio educativo, justamente por compreenderem o trabalho mediante a unidade trabalho-educação no seu sentido ontológico de auto-formação. Essa apreensão nos pareceu ser consciente, mas não conceitual, ou seja, não foi transmitida como uma definição conceitual.

A seguir perguntamos se o atual contexto dos serviços e gestão do SUS intensifica o uso da carga horária prática do residente. Os registros foram os seguintes: seis entrevistados afirmaram que há intensificação do trabalho do residente em função do contexto de precarização e privatização do SUS. A respeito disso, esses residentes relataram principalmente a substituição de profissionais da unidade, em que muitas vezes assumem sozinhos determinados serviços. As questões mais mencionadas por eles foram: a ausência de profissionais nos serviços; ausência de professores para compor a carga horária teórica e a fragilidade dos vínculos trabalhistas.

Dos demais registros, três relataram que não percebem essa intensificação da jornada nos programas que estão inseridos. E três que percebem uma intensificação muito pontual, aqui nos pareceu que há uma determinada intensificação, mas que não é considerada porque há suporte teórico e preceptoria nas atividades de trabalho, o residente D parece definir bem essa visão, “no meu programa há um trabalho assistido” (informação verbal).

Por fim, indagamos sobre como esse trabalho afeta a formação profissional e pessoal deles. Neste aspecto, obtemos dez registros que, (de diferentes formas por conta do teor mais pessoal da pergunta), convergem para a percepção de que o trabalho na residência multiprofissional em saúde possibilitou crescimento pessoal e profissional. Outros dois registros se apresentaram do seguinte modo: consideram que essa experiência os afetou negativamente, gerando frustração diante da realidade do programa e dos serviços de saúde. Apontam de modo geral, a percepção da precarização da formação e “o uso de sua mão de obra”, ou ainda “a prática não corresponde à teoria”, em função das questões apontadas. Apenas um residente

ênfatiou somente a qualificação da dimensão técnico-profissional e certa dimensão moral no sentido de ganho de responsabilidade, associando a formação que é baseada em um trabalho em que se têm mais deveres do que direitos [sic] à determinado crescimento pessoal e profissional, demonstrando características de conformação com a lógica do trabalho nessas condições.

A respeito desses conteúdos, analisamos que mesmo sem uma elaboração consciente, há um predomínio da unidade trabalho-educação em seu sentido ontológico de auto-formação; ou seja, que pela atividade produtiva as pessoas se formam, elaboram questões acerca da realidade vivenciada e produzem conhecimento. Na cultura que predomina a hegemonia do trabalho assalariado, o sentido do trabalho é apreendido mediado por tais características e associado à exploração, que é o modo como se desenvolvem as relações sociais do trabalho no capitalismo. Contudo, a percepção dos residentes sobre como se sentem afetados por essa experiência nos diz que, mesmo aqueles que teceram críticas e relataram situações quanto à intensificação da jornada de trabalho, relataram seus crescimentos pessoais e profissionais muitas vezes relacionados ao contato com essa realidade, pois possibilitou uma vivência concreta para determinada análise crítica. Para nós, este fato demonstra a expressão da forma comum de incorporação inconsciente do trabalho como princípio educativo.

3.3.3.1 Síntese da Análise da Categoria o Sentido do Trabalho na Residência

O sentido predominante do trabalho na residência multiprofissional em saúde se expressa pela concepção do trabalho no seu sentido hegemônico de assalariamento e muito associado à exploração mediante o intenso e extenso trabalho do residente. Disso retomamos que os residentes percebem a formação na residência de modo tensionado pela polarização entre a dimensão do trabalho esvaziada da formação e da formação esvaziada do trabalho. Precisamos levar em consideração as condições materiais mediante as quais essa percepção é produzida, que é um contexto em que o uso da mão de obra do residente é ainda mais intensificado mediante a no atual

contexto de precarização dos recursos e condições de trabalho no SUS e da privatização de sua gestão, que vem impondo uma lógica produtivista. Considerado esse contexto, podemos sugerir que a lógica do trabalho alienado vem se impondo e se sobrepondo às necessidades de formação dos residentes e talvez às concepções dos programas.

Apesar disto, analisamos que mesmo sem uma elaboração consciente, há um predomínio da unidade trabalho-educação em seu sentido ontológico de auto-formação, ou seja, que pela atividade produtiva as pessoas se formam, elaboram questões acerca da realidade vivenciada e produzem conhecimento. Assim, a percepção dos residentes sobre como se sentem afetados por essa experiência nos disse que, mesmo aqueles que teceram críticas e relataram situações quanto à intensificação da jornada de trabalho, relataram seus crescimentos pessoais e profissionais muitas vezes relacionados ao contato com essa realidade, pois possibilitou uma vivência concreta para determinada análise crítica. Para nós, este fato demonstra a expressão da forma comum de incorporação inconsciente do trabalho como princípio educativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No início deste estudo levantamos como hipótese que a residência se constituiria como um mosaico teórico e empírico composto pela fragmentação entre teoria e prática tipicamente positivista, advinda da formação médica de base flexneriana, e pelo formato multidisciplinar que surge principalmente a partir do modelo de atenção voltado para atenção primária com ênfase na saúde da família. A segunda hipótese era a negação do trabalho na residência. Esta negação seria decorrente da preocupação em associar a dimensão prática da residência à lógica do trabalho assalariado, que nesta sociedade se caracteriza historicamente pela exploração da força de trabalho. Desse modo se negaria o trabalho para reafirmar a formação.

Como foi dito, do ponto de vista metodológico, não buscamos junto ao grupo entrevistado generalidades ou representatividades da residência multiprofissional, mas sim apenas compreender como que a partir dele podemos captar algumas mediações referentes a essa formação e sermos desafiados a pensar outras. Ou, como a pesquisa empírica pode ainda desafiar as hipóteses inicialmente pensadas.

Nesse sentido, com relação à primeira hipótese, a análise documental em conjunto com as concepções dos residentes entrevistados sugere sua confirmação. Do ponto de vista da singularidade do grupo entrevistado, a fragmentação entre teoria e prática se constitui por um viés academicista, como disseram os residentes. Nesse percurso, consideramos que há uma importante mediação na residência multiprofissional. Pareceu-nos que essa modalidade se desenvolve em uma realidade tensionada por dois extremos: o senso comum dos residentes, que revela a busca própria pela eficácia, que é também necessária para o alcance de resultados concretos; e, em outro extremo, uma formação de caráter marcadamente academicista, que se traduz na concepção fragmentária da relação teoria-prática e o distanciamento entre a academia e os serviços de saúde. Mesmo tendo apontado uma ressalva, que foi a possibilidade dos residentes entrevistados não deterem a compreensão da importância da teoria na práxis dos programas, consideramos que a questão central é a ausência do sentido da práxis nos programas em que se inserem os residentes.

Em síntese, a pesquisa aponta para a conformação de um mosaico teórico e empírico nessa modalidade de formação que se traduz no caráter academicista, resultando em práticas de fragmentação da relação teoria-prática e no distanciamento entre a academia e os serviços de saúde. Aponta, ainda, para a existência do pragmatismo, revelado pelo trabalho no seu sentido pedagógico, na lógica do aprender fazendo, característico dessa formação.

A pesquisa empírica nos revelou mais outra hipótese, de que os residentes se inserem nas tensões provocadas pelas mediações entre a necessidade de eficácia do trabalho e a apreensão de que o “SUS” comporta o sentido da formação profissional. Esse “SUS”, que é traduzido pela defesa da saúde pública e universal e de outros princípios, tenciona a busca por um conhecimento que se insere na prática social com potencialidades para a realização da práxis.

Não podemos concluir se o critério de validação do conhecimento pelos residentes se volta apenas para o caráter utilitário do trabalho, ou seja, a busca pela eficácia do ponto de vista instrumental e contingencial, ou se a experiência proporcionada pela residência pode oportunizar “uma articulação dialética entre teoria-prática que proporcione a análise e a deliberação conscientes na prática social” (RAMOS, s/d: 07), ou conforme vimos nos estudos de Vásquez (1977) a teoria que partindo da prática, busca os fundamentos da realidade para sobre ela projetar uma ação transformadora. Contudo, tal como mostrou a pesquisa de Ramos (2010) junto às ETSUS, é preciso destacar que a compreensão política acerca da defesa da saúde pública expresso pelo “formar para o SUS” resguarda um importante conteúdo de contraposição do modo de produção de saúde hegemônico na sociedade capitalista, que converte a saúde em bens de consumo e a gestão pública em gestão privada. Desse modo, a singularidade do objeto nos revelou que, para além da hipótese inicialmente pensada, há uma potencialidade nessa experiência formativa que converge com a experiência política desses residentes.

Com relação à segunda hipótese, de que apesar da formação profissional na residência ser centrada na dimensão prática do trabalho, existiria uma negação dessa dimensão que se traduziria pela negação do residente enquanto trabalhador, pode-se constatar-la apenas parcialmente, ao mesmo tempo em que surgiram outras mediações.

No olhar dos residentes entrevistados, de modo geral há nos programas a negação do trabalho em qualquer que seja a sua dimensão, a histórica – assalariada; e a ontológica – formativa. No entanto a concepção do sentido pedagógico do trabalho na lógica do “aprender fazendo” é a base dessa formação.

Já com relação a como os residentes compreendem o sentido do trabalho nessa formação, analisamos que para esse grupo o sentido predominante do trabalho na residência multiprofissional em saúde se expressa pela concepção do trabalho no seu sentido hegemônico de assalariamento e muito associado à exploração mediante a intensificação do trabalho do residente. Disso retomamos que os residentes percebem a formação na residência de modo tensionado pela polarização entre a dimensão do trabalho esvaziada da formação e a formação esvaziada do trabalho. Precisamos levar em consideração as condições materiais mediante as quais essa percepção é produzida, ou seja, na relação entre a singularidade e a totalidade. O contexto em questão é marcado pela intensificação do uso da mão de obra do residente, que é ainda mais acentuada no processo de precarização dos recursos e condições de trabalho no SUS e da privatização de sua gestão, que vem impondo uma lógica produtivista. Considerando isto, podemos sugerir que a lógica do trabalho alienado vem se impondo e se sobrepondo às necessidades de formação dos residentes e talvez às concepções dos programas.

É importante destacar que mesmo o trabalho tendo um sentido pedagógico como base da formação na residência multiprofissional, os residentes não corroboraram com a visão de que se forma melhor na prática do que na teoria. Pelo contrário, compreendem a importância da teoria para responder as necessidades suscitadas pela prática profissional.

Diante desta síntese e conforme ressaltamos ao longo deste trabalho, reafirmamos a necessidade da filosofia da práxis como perspectiva norteadora da residência multiprofissional para compreensão da formação como prática social e como tal, captar sua historicidade e contradições. A perspectiva da práxis possibilitaria aos residentes compreender a relação teoria-prática para além do utilitarismo pragmático.

A busca pela eficácia do trabalho é justificável pela imprescindibilidade em responder as necessidades de saúde da população no cotidiano dos serviços. Essas

necessidades, contudo, como bem nos mostrou Mendes-Gonçalves (1992) não se restringem às singularidades dos sujeitos, mas se inserem na individualidade concreta, ou seja, os sujeitos em relação, cujas necessidades também são produzidas socialmente. Assim, o trabalho em saúde se insere na tensão entre atender a um padrão de bem-estar definido pelo modo de produção das relações sociais, no qual a saúde é convertida em bens de consumo, e promover a integralidade da atenção, compreendendo o sujeito e seu processo saúde-doença na totalidade em que se insere e se produz. Então, do ponto de vista do atendimento das necessidades de saúde da população, a práxis também se justifica.

Destacamos, ainda, que a multidisciplinaridade compõe a formação integral, mas não é suficiente para sua realização. A integralidade na formação requer que os profissionais compreendam a totalidade do processo de trabalho em que estão inseridos. Assim, o processo de trabalho em saúde é uma mediação particular das relações sociais de produção, e, portanto permeado pela divisão social do trabalho que se reflete na hierarquização do acesso ao conhecimento (RAMOS, 2007). Isso requer compreender que a complexidade do trabalho em saúde não pode vir subsumida ao contexto em que se inserem os trabalhadores e usuários. Seja no âmbito da organização dos serviços, seja no processo de trabalho em saúde e como também no próprio contexto de produção da vida e da morte.

Por fim, salientamos que a importância do trabalho em equipe é uma ênfase em várias abordagens da organização qualificante. Observamos que requisitos tais como a avaliação do processo de trabalho, a discriminação das soluções em equipe dos eventos cotidianos - que precisariam ser apropriados como desafios e envolveriam a iniciativa e responsabilização dos trabalhadores - são evocados como demanda estrutural e ideológica no contexto pós-fordista. Há que se atentar, logo, que a diluição das fronteiras e dos conflitos no campo da produção do conhecimento e a necessidade do trabalhador polivalente no campo da produção material se inter-relacionam no atual momento histórico.

Precisamos considerar também o processo de reestruturação produtiva na saúde, que como nos mostrou Lima (2010), vem apontando para uma intensificação do trabalho e para precarização do vínculo e das condições para sua realização no SUS.

Essa reestruturação se faz mediante o processo de privatização em expansão ou da entrega da gestão da saúde à burguesia de serviços. Assim, cabe-nos indagar se as residências multiprofissionais em saúde vêm se configurando como uma expressão da precarização do trabalho e formando sob a lógica do perfil polivalente, que converge com as atuais formas de apropriação do trabalho em equipe.

O contexto precarizador do trabalho e da formação em que se insere o residente é uma realidade. Já a dimensão de como vem se constituindo o trabalho em equipe nos parece um objeto ainda a ser decifrado. Contudo, requer salientar que a saúde vem se constituindo em um terreno profícuo para perspectiva da organização qualificante que prevê a imprevisibilidade como ocasião da aprendizagem. Conforme nos mostrou Ramos (2010) e Vieira et alli (2006), elementos da organização qualificante na sua corrente construtivista estão presentes na PNEPS. Essa corrente prevê a participação ativa dos trabalhadores na formulação e solução dos problemas, mas na lógica adaptativa à realidade social, em geral, e ao perfil do trabalhador flexível que se auto-responsabiliza pela gestão do trabalho, em particular.

Vimos também que a noção de competências está presente na residência multiprofissional, conforme a diretriz da atual política de formação de trabalhadores na saúde. Desse modo, como perspectiva contra-hegemônica, se faz necessário resituar a integralidade na atenção à saúde a partir da totalidade da vida social, bem como a formação, cujo eixo orientador seja a práxis e a interdisciplinaridade esteja compreendida dentro dos limites e contradições da realidade (FRIGOTTO, 2011).

Por fim, destacamos a necessidade de novas pesquisas que este trabalho oportuniza, seja abarcando outros sujeitos da residência, seja aprofundando as dimensões aqui consideradas. Podendo futuramente assim, então, alçar os estudos sobre a residência no conjunto de pesquisas sobre formação profissional em saúde com base na unidade ontológica do trabalho-educação.

REFERÊNCIAS

ABIB, Leonardo Trápaga. “**Caminhando contra o vento...**”: a história das Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012;

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. **Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem; Cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude.** Disponível em <http://www.leidireto.com.br/lei-11129.html>. Acesso em 12/04/2011;

_____. Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior. **Parecer sobre As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição.** PARECER Nº CNE/CES 1.133/2001

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – **Pró-Saúde** : objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios /** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006;

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **SGETS** : políticas e ações / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

_____. **I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde.** Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, out., 1986.

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria nº 2.117, de 3 de novembro de 2005. **Institui o programa de bolsas para Educação pelo Trabalho e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS.** *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, DF, 4 nov. 2005b. Seção 1, p. 112;

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde/** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na

Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios);

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.** *Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências.* Disponível em < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf>. Acesso em 24 de janeiro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS Em 13 de fevereiro de 2004.** *Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.* Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial, nº 45 de 15 de janeiro de 2007.** *Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.* Disponível em < http://www.cfbio.org.br/arquivos/portaria_45_2007.pdf>. Acesso em 20 de junho de 2009;

BAHIA, Ligia. A Démarche do Privado e Público no Sistema de Atenção à Saúde no Brasil em Tempos de Democracia e Ajuste Fiscal, 1998-2008. In: MATTA, Gustavo C.; LIMA, Julio César F. (Orgs.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008, p. 123-185

CNRMS. Legislação específica da residência multiprofissional em saúde. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=813&catid=247:residenciamedica&id=12500%253%2520Alegislacao-especifica&option=com_content&view=article>

CARTA DO FÓRUM TEMÁTICO DE RESIDÊNCIAS NO 9º CONGRESSO DA REDE UNIDA. Disponível em: <[Http://Forumresidentes.Blogspot.Com/2010/05/Resgate-Historico-Do-Fnrs.Html](http://Forumresidentes.Blogspot.Com/2010/05/Resgate-Historico-Do-Fnrs.Html)>. Acesso em: 31 de maio de 2010;

CECCIM, Ricardo B.; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1400-1410, set-out, 2004;

CECCIM, *Ricardo Burg.* Prefácio. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Grupo Hospitalar Conceição. Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde.** Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

CIAVATTA, Maria. Trabalho como Princípio Educativo. In: PEREIRA, I. B. et al. (Orgs.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009;

COUTINHO, Carlos Nelson. A dualidade de poderes: Estado e revolução no pensamento marxista. In: _____. **Marxismo e Política: a dualidade de poderes e outros ensaios**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1996;

DALLEGRAVE, D.; CECCIM, R.B. Residências em Saúde: o que há nas produções de teses e dissertações? **Revista Interface**, v.17, n.47, p.759-76, out./dez. 2013.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade**. São Paulo: Pioneiras, 1976.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. In: Ministério da Saúde. **Revista Formação**. Ministério da Saúde. PROFAE, v.1, n.2, 2001;

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, Luiz. **Saúde e Sociedade**. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979;

FEUERWERKER, Laura C. M. **A Formação de Médicos Especialistas no Brasil**. Texto preparado para o curso 'Políticas de Rh para Gestão do SUS', realizado em Brasília, DF, em dezembro de 2000;

_____. **Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec – Rede Unida, 1998;

FRIGOTTO, Gaudêncio. Trabalho. In: PEREIRA, I. B. et al. (Orgs). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009;

_____. A Interdisciplinaridade como Necessidade e como Problema nas Ciências Sociais. In: JANTSCH, Ari Paulo; BIANCHETTI, Lucídio (ORGs). **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito**. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011;

_____. **Educação e a Crise do Capitalismo Real**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010;

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do Cárcere**. V. 2. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000;

_____. **Cadernos do Cárcere**. V. 3. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000;

_____. **Concepção Dialética da História**. 10. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995;

KONDER, Leandro. **O Futuro da Filosofia da Práxis: o pensamento de Marx no século XXI**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992;

KOSIK, K. **Dialética do Concreto**. 4. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

LAURELL, Asa Cristina. **Para um Novo Estado de Bem-Estar Social**. Trabalho apresentado na X Conference of the International Association of Health Policy, Perugia, setembro de 1998. São Paulo: Revista Lua Nova. n.45, 1998

LIMA, Júlio César França. **Neoliberalismo e Formação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2006 (no prelo);

_____. Trabalho Complexo. In: PEREIRA, I. B. et al. (Orgs). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2º ed., 2009;

LIMA, Júlio César F. et al. **Memória da educação profissional em saúde**. Relatório final. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2006. Disponível em <www.observatorio.epsjv.fiocruz.br>

LIMA, Júlio César França. Bases Histórico-Conceptuais para a Compreensão do Trabalho em Saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira (Org). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

_____. Neoliberalismo e Formação Profissional em Saúde. **Revista Trabalho Necessário**. Ano 5/ nº 5, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/trabalhonecessario/images/TN05%20LIMA,%20J.C.F.pdf>>

_____. **Política de saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem**. Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação, 2010;

LIMA, Júlio César F.; PEREIRA, Isabel Brasil. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2a ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

LUZ, Madel Therezinha. **As Instituições Médicas no Brasil**: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979;

MATTA, GUSTAVO Corrêa; LIMA, Júlio César França. **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.

MATTOS, Ruben Araújo de. Responsabilidade intelectual e solidariedade: por uma ética profissional pautada pela integralidade. In: PINHEIRO, R.; Mattos, Ruben A. de; BARROS, Maria Elizabeth B. de (Orgs). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2010;

MATTOS, Ruben Araujo de; PINHEIRO, Roseni (Orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8 ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009;

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Cefor, 1992.

MUELLER, Rafael R.; BIANCHETTI, Lucídio; JANTSCH, Ari Paulo. Interdisciplinaridade, Pesquisa e Formação de Trabalhadores: as interações entre o mundo do trabalho e da educação. In: JANTSCH, Ari Paulo; BIANCHETTI, Lucídio (ORGs). **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito** 9 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011;

MANACORDA, M. **Marx e a Pedagogia Moderna**. São Paulo: Cortez/ Autores Associados, 1991;

NEVES, Lucia Maria Wanderley; PRONKO, Marcela Alejandra. **O Mercado do Conhecimento e o Conhecimento para o Mercado**: da formação para o trabalho complexo no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008;

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007;

POULANTZAS, Nicos. **O Estado, o Poder e o Socialismo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985;

RAMOS, Marise. **Trabalho, Educação e Correntes Pedagógicas no Brasil**: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, UFRJ, 2010;

_____. **A Pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação?** 4. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. Educação pelo Trabalho: possibilidades, limites e perspectivas da formação profissional. Palestra proferida no I Seminário ETSUS-SP, outubro de 2007. **Revista Saúde e Sociedade**, v.18, supl.2, 2009;

_____. **História e política da educação profissional [recurso eletrônico]**. Curitiba: Instituto Federal do Paraná, 2014. (Coleção formação pedagógica; v. 5).

_____. Conceitos Básicos sobre Trabalho. In: FONSECA, Angélica Ferreira (Org). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

_____. Pedagogia das Competências. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde (org). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009, p. 299-305.

_____. Filosofia da práxis e práticas pedagógicas de formação de trabalhadores. **Revista Trabalho & Educação**, Belo Horizonte, v. 23, n.1, p. 207-218, jan/abr 2014;

_____. É Possível uma Pedagogia das Competências contra-hegemônica? Relações entre pedagogia das competências, construtivismo e neopragmatismo. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 93-114, 2003;

_____. Pedagogia das Competências. In: PEREIRA, I. B. et al. (Orgs). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2 ed., Rio de Janeiro: EPSJV, 2009;

DINIZ, Rosa Soraya; LOPES, Roseli Esquerdo. Residência Multiprofissional em Saúde e Pós-Graduação Lato Sensu No Brasil: Apontamentos Históricos. **Revista Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7 n. 3, p. 479-498, nov.2009/fev.2010;

SAVIANI, Demerval. **Escola e Democracia**. São Paulo: Cortez, 2008. [Edição comemorativa];

_____. O Choque Teórico da Politecnia. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.1, n.1, p. 131-152, 2003;

_____. O Trabalho como Princípio Educativo Frente às Novas Tecnologias. In: FERRETTI, Celso João et al. (orgs.). **Novas Tecnologias, Trabalho e Educação: um debate multidisciplinar**. Petrópolis: Vozes, 1994;

_____. Trabalho e Educação: fundamentos ontológicos e históricos. **Revista Brasileira de Educação**, v. 2, n.34 jan./abr. 2007;

RUELA, Helifrancis Condé Grôppo. **A Formação de Sanitaristas e os Cursos de Graduação em Saúde Coletiva no Brasil**. Dissertação de Mestrado. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Fiocruz, 2013.

SHIROMA, Eneida Oto. **Dossiê: Uma Metodologia para Análise Conceitual de Documentos sobre Política Educacional**. Universidade Federal de Santa Catarina, 2004;

VÁSQUEZ, Adolfo Sánchez. **Filosofia da Práxis**. 2º. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977;

VIEIRA, Mônica; CHINELLI, Filippina. Relação Contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva [online]**, v. 18, n. 6, PP. 1591-1600, 2013.

VIEIRA, Mônica; CHINELLI, Filippina; LOPES, Márcia. Trabalho e Educação na Saúde: a questão dos recursos humanos em saúde. In: VIEIRA, Mônica et al. **Para Além da Comunidade: o trabalho e a qualificação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2011, p. 79-117.

VIEIRA, Mônica; CHINELLI, Filippina; DELUIZ, Neise. O Conceito de Qualificação e a Formação para o Trabalho em Saúde. In: Morosini, Márcia Valéria Guimarães Cardoso et al. **Trabalhadores Técnicos da Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS**. LATEPS/EPSJV, 2013.

VIEIRA, Mônica *et. al.* **Análise da Política de Educação Permanente em Saúde**: um estudo exploratório dos projetos aprovados pelo Ministério da Saúde. Relatório Final. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2006. Disponível em <WWW.observatorio.epsjv.fiocruz.br>.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semi-estruturada dirigida aos residentes

Título da pesquisa: Interfaces entre Trabalho e Educação na Formação Profissional: um estudo sobre a residência multiprofissional em saúde

Pesquisadora: Raquel Trindade Andrade

Orientadora: Prof. Dra. Marise Ramos

I. Identificação do entrevistado

- a) Nome (se autorizado)
- b) Cargo/função na unidade de saúde e no programa de residência
- c) Graduação
- d) Participa de qual organização política da residência (coletivos e fóruns)?

II. Concepção de formação profissional:

- a- Fale um pouco sobre a o programa de residência multiprofissional que participa e do seu projeto político-pedagógico. Sabe se este projeto está formalizado?
- b- Para você, qual a importância de se formar profissionais por meio da residência multiprofissional para: a) o SUS? b) para a própria pessoa? Por que?
- c- De que forma o programa é pensado e implementado para atingir o perfil profissional elencado?
- d- O programa que participa é orientado para qual concepção de saúde?

III- Relação teoria-prática:

- a- Fale um pouco sobre a carga horária teórica do programa do qual você participa. Como está estruturado? Quais são os conteúdos? Como são escolhidos os conteúdos?

- b- Que referenciais a equipe utiliza para escolher os conteúdos da carga-horária teórica?
- c- Fale um pouco sobre a carga horária prática do programa do qual você participa. Como está estruturada?
- d- Como se desenvolve a relação entre o conteúdo teórico e as atividades práticas?
- e- Em que situações na sua prática profissional você teve que recorrer a algum conteúdo teórico? Pensando nas situações em que recorreu à teoria, como você avaliou que determinado conhecimento era importante para sua ação profissional?
- f- A carga horária prática nos programas de residências pode chegar a 80% das atividades desenvolvidas, enquanto que as atividades denominadas teóricas e teórico-práticas somam 20%. De que forma e em que medida essa organização da carga horária contempla a finalidade almejada nessa formação profissional? Qual a importância dessa carga horária prática?
- g- Fale sobre a participação política do residente no programa ou na unidade de saúde, em suas instâncias deliberativas? Essa participação é estimulada pela equipe técnica-pedagógica do programa?

IV- O sentido do trabalho na residência

- a- De que modo e em que medida a residência pode ser considerada como um trabalho?
- b- De que forma e em que medida o atual contexto em que se encontram as condições de serviço e gestão do SUS intensifica o uso da carga horária pelo residente?
- c- Considerando que a formação na residência ocorre em atividades de trabalho, fale um pouco sobre como este tipo de trabalho afeta a sua formação como profissional e como pessoa.